

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophie (Dr. phil.)  
des Fachbereichs Erziehungswissenschaften  
der Philipps-Universität Marburg

*Mentoring für zukünftige Allgemeinmediziner*  
*Bedarfsorientierte Konzeption, Begleitung und Evaluation eines*  
*Mentoringprogramms für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für*  
*Allgemeinmedizin in Hessen*

Vorgelegt von  
Broermann, Marischa  
aus  
Siegburg

Gutachter:

Erstgutachterin: Prof. Dr. Heike Schnoor

Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH (Institut für  
Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main)

Marburg/Lahn im Januar 2017



## **Danksagung**

Mein herzlicher Dank...

... gilt allen Teilnehmenden, die mir für die Interviews zur Verfügung standen, mir durch ihre Offenheit die Möglichkeit gaben, ihre Lebenswelt besser kennenzulernen und Erfahrungen mit ihnen im Gruppenmentoring zu sammeln.

... an meine Doktoreltern, die Vertrauen in mich hatten und stets bereit waren, mit mir das Konzept zu diskutieren.

... Monika Sennekamp und meinen Mitstreitern aus den Doktorandenkolloquien in Frankfurt und Marburg für die offenen Ohren und guten Ideen bei allen Blockaden im Promotionsprozess.

... meinen Korrekturleser/innen Denise, Isa, Sara, Leonie, Mareike, Sarah, Anne, Chrissy und Philipp.

... an Jeremy für das Diskutieren der TZI in meiner Arbeit und ihm, Gaby und Juna für das Einräumen der Zeit in der Endphase des Schreibens.



# **I Inhaltsverzeichnis**

<b>I Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>I</b>
<b>II Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>III. Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>VIII</b>
<b>IV. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>IX</b>
<b>1. Hintergrund.....</b>	<b>1</b>
1.1 Einbettung des Projektes .....	4
1.2 Stand der Forschung.....	7
1.3 Fragestellung.....	8
<b>2. Theoretischer Hintergrund: Mentoring im Kontext der Gruppe .....</b>	<b>11</b>
2.1. Einbettung in einen erziehungswissenschaftlichen Diskurs .....	11
2.2 Mentoring.....	13
2.2.1 Mentoring in der Medizin .....	16
2.2.2 Mentoring in der Allgemeinmedizin .....	16
2.3 Themenzentrierte Interaktion (TZI) .....	17
2.3.1 Axiome und Postulate .....	18
2.3.2 Partizipierende Leitung .....	19
2.3.3 Das Vier-Faktoren-Modell .....	21
<b>3. Begründung des Forschungsdesigns und der Methoden .....</b>	<b>24</b>
3.1 Evaluation .....	25
3.2 Mixed-Methods-Design .....	28
3.3 Reflexion des Forschungsdesigns .....	31
<b>4. Bedarfsanalyse (Pre-Evaluation).....</b>	<b>33</b>
4.1 Systematische Literaturrecherche .....	33
4.1.1 Methode .....	33
4.1.2 Ergebnisse .....	35
4.2 Fragebogen I (JADe) .....	37
4.2.1 Methode .....	37
4.2.2 Ergebnisse .....	38

4.3 Fragebogen II (Facharztprüfungsabsolventen) .....	43
4.3.1 Methode .....	43
4.3.2 Ergebnisse .....	43
4.4 Leitfadengestützte Interviews, Erhebungszeitpunkt I .....	46
4.4.1 Methode .....	46
4.4.2 Ergebnisse .....	51
4.4.3 Kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien .....	53
Persönliche Weiterbildung.....	53
Zufriedenheit mit der Weiterbildung .....	59
Entscheidung zur Allgemeinmedizin .....	62
Unterstützungsbedarf .....	66
Das ideale Mentoring.....	68
Mentoringprogramm des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin.....	73
Sonstiges .....	77
4.4.4 Analyse der Zusammenhänge zwischen den Kategorien .....	77
4.4.5 Kreuztabellen .....	78
Vergleich von Männern und Frauen .....	78
Vergleich von ÄiW in der Klinik und in der Praxis.....	78
Vergleich der Gruppen Frankfurt und Marburg.....	79
4.5 Diskussion der Bedarfsanalyse.....	81
4.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der Bedarfsanalyse .....	81
4.5.2 Interpretation der Ergebnisse anhand der T'ZI .....	84
4.5.3 Stärken und Schwächen der Bedarfsanalyse .....	87
4.5.4 Zwischenfazit zur Bedarfsanalyse .....	90
<b>5. Konzept: Mentoringprogramm des Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen .....</b>	<b>91</b>
5.1 Ziele des Mentoringprogramms.....	91
5.2 Einbettung und Strukturen des Mentoringprogramms .....	92
5.3 Auswahl der Mentoren/Mentees und Matching .....	93
5.4 Gestaltung der Mentoringtreffen.....	94
5.4.1 Themenblock: Orientierung in der Gruppe – mit wem bin ich hier? .....	96

5.4.2 Themenblock: Gestaltung der Weiterbildung – Welche Möglichkeiten und Hindernisse (formal und inhaltlich) begegnen mir?	97
5.4.3 Themenblock: Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen	99
5.4.4 Themenblock: Vorbereitung auf die Facharztprüfung	100
5.4.5 Themenblock: Meine eigene Work-Life-Balance	102
5.5 Evaluation des Mentoringprogramms .....	103
<b>6. Post-Evaluation .....</b>	<b>104</b>
6.1 Evaluationsbögen.....	104
6.1.1 Methode	104
6.1.2 Ergebnisse	105
Evaluation der Mentees.....	106
Evaluation der Mentoren.....	116
Vergleich der Evaluationsergebnisse der Mentees und Mentoren mit Bezug zur TZI .....	121
6.2 Leitfadengestützte Interviews, Erhebungszeitpunkt II .....	123
6.2.1 Methode	123
6.2.2 Ergebnisse	124
6.2.1 Kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien	125
Persönliche Weiterbildung.....	126
Zufriedenheit in der Weiterbildung.....	127
Zugehörigkeit zur Allgemeinmedizin.....	131
Unterstützungsbedarf.....	134
Mentoring.....	135
Sonstiges .....	150
6.2.2 Analyse der Zusammenhänge zwischen den Kategorien	150
6.2.3 Kreuztabellen	151
Vergleich von Männern und Frauen.....	151
Vergleich der ÄiW in der Klinik und in der Praxis.....	151
Vergleich der Gruppen Frankfurt und Marburg.....	152
6.3 Gegenüberstellung der Interviews I und II.....	153
6.3.1 Persönliche Weiterbildung	156

6.3.2 Zufriedenheit in der Weiterbildung	158
6.3.3 Zugehörigkeitsgefühl zur Allgemeinmedizin	159
6.3.4 Unterstützungsbedarf	160
6.3.5 Mentoring	160
6.4 Typenbildung.....	162
6.4.1 Methode	162
6.4.2 Ergebnisse	165
6.5 Diskussion der Post-Evaluation.....	171
6.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der Post-Evaluation	171
6.5.2 Interpretation der Ergebnisse anhand der T'ZI	174
6.5.3 Stärken und Schwächen der Post-Evaluation	178
6.5.4 Zwischenfazit zur Post-Evaluation	180
<b>7. Diskussion.....</b>	<b>181</b>
<b>8. Fazit.....</b>	<b>187</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>189</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>197</b>
a. Fragebogen der hessischen Facharztprüfungsabsolventen.....	197
b. Interviewleitfaden – Erster Erhebungszeitraum .....	201
c. Informationsschreiben zum Interview.....	202
d. Kurzfragebogen zum Interview I .....	203
e. Interviewprotokoll.....	204
f. Einwilligungserklärung.....	205
g. Interviewleitfaden – Zweiter Erhebungszeitraum.....	206
h. Kategoriensystem, Interviews Zeitpunkt I.....	208
i. Code-Relation-Browser, Interviewzeitpunkt I.....	210
j. Kreuztabellen, Interviewzeitpunkt I.....	212
k. Evaluationsbogen – Mentee.....	214
l. Evaluationsbogen – Mentor.....	216
m. Kategoriensystem, Interviews Zeitpunkt II .....	218
n. Code-Relation-Browser, Interviewzeitpunkt II .....	220
o. Kreuztabellen, Interviewzeitpunkt II .....	222
p. Typenbildung: Fallbeispiel und Sortierung der Fälle .....	225



## II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin – Modell Hessen (Broermann et al. 2015) .....	5
Abbildung 2: Entwicklung eines Mentoringprogramms (Kern 1998) .....	9
Abbildung 3: Abgrenzung Mentoring zu anderen Beratungsfeldern (Viney und McKimm 2010, S. 106 ff.) .....	15
Abbildung 4: Das Vier-Faktoren-Modell der TZI.....	21
Abbildung 5: Zeitliche Übersicht über die Erhebungsinstrumente: Pre-Evaluation (blau) und Post-Evaluation (grau) .....	24
Abbildung 6: Form von Mentoring. n=29, Mehrfachauswahl möglich, Angaben in Prozent. ....	40
Abbildung 7: Rolle des Mentors. n=29, Mehrfachauswahl möglich, Angaben in Prozent. ....	42
Abbildung 8: Wichtigkeit Mentoringprogramm. n=140, 6-stufige Likert-Skala, Angabe in Prozent .....	44
Abbildung 9: Unterstützende Faktoren im Mentoring. n=113, Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent.....	45
Abbildung 10: Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz 2012, S. 78) ..	48
Abbildung 11: Formen der Auswertung und Ergebnisdarstellung (Kuckartz 2012, S. 94) ..	50
Abbildung 12: Code-Matrix-Browser zur Zufriedenheit in der Weiterbildung I.....	59
Abbildung 13: Code-Matrix-Browser zum Unterstützungsbedarf.....	66
Abbildung 14: Code-Matrix-Browser Gruppenvergleich: Art des Mentoring.....	79
Abbildung 15: Code-Matrix-Browser Gruppenvergleich: Gründe .....	80
Abbildung 16: Code-Matrix-Browser Gruppenvergleich: Zufriedenheit und Bedarf.....	80
Abbildung 17: Ablaufplan –: Orientierung in der Gruppe – mit wem bin ich hier? .....	97
Abbildung 18: Ablaufplan – Gestaltung der Weiterbildung – Welche Möglichkeiten und Hindernisse (formal und inhaltlich) begegnen mir? .....	98
Abbildung 19: Plakate zum Thema „Fortbildungen/Kurse und Zusatzqualifikationen“ der Gruppe Marburg.....	99
Abbildung 20: Ablaufplan – Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen .....	100
Abbildung 21: Ablaufplan – Vorbereitung auf die Facharztprüfung.....	101
Abbildung 22: Ablaufplan – Meine eigene Work-Life-Balance.....	103
Abbildung 23: Rahmenbedingungen der Mentoringtreffen aus Sicht der Mentees. n=132; Angaben in Prozent.....	106

Abbildung 24: Zeitlicher Rahmen. n=130; Angaben in Prozent.....	107
Abbildung 25: Freistellung für das Mentoringprogramm. n=129; Angaben in Prozent. ....	107
Abbildung 26: Interaktion der Mentoren. n=129; Angaben in Prozent. ....	108
Abbildung 27: Bewertung der Mentees. n=125-132; Angaben in Prozent.....	109
Abbildung 28: Unterstützungsgefühl der Mentees. n=130; Angaben in Prozent.....	110
Abbildung 29: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Jahre aus Sicht der Mentees. n=130.....	113
Abbildung 30: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Gruppen Marburg und Frankfurt aus Sicht der Mentees. n=130.....	114
Abbildung 31: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Jahre 2013 und 2014 aus Sicht der Mentees der Gruppe Marburg. n=66.....	115
Abbildung 32: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Jahre 2013 und 2014 aus Sicht der Mentees der Gruppe Frankfurt. n=64.....	115
Abbildung 33: Bewertung der Räumlichkeiten aus Sicht der Mentoren. n=32; Angaben in Prozent.....	116
Abbildung 34: Zeitlicher Rahmen aus Sicht der Mentoren. n=31; Angaben in Prozent....	116
Abbildung 35: Interaktion mit der Gruppe aus Sicht der Mentoren. n=32; Angaben in Prozent.....	117
Abbildung 36: Bewertung der Mentoren. n=32. Angaben in Prozent. ....	118
Abbildung 37: Unterstützungsgefühl aus Sicht der Mentoren. n=32; Angaben in Prozent. ....	118
Abbildung 38: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Leitung aus Sicht der Mentoren. n=32.....	121
Abbildung 39: Code-Matrix-Browser zur Zufriedenheit in der Weiterbildung II .....	128
Abbildung 40: Stand der Weiterbildung zum Interviewzeitpunkt I. n=23, Angaben in Prozent.....	157
Abbildung 41: Stand der Weiterbildung zum Interviewzeitpunkt II. n=21, Angaben in Prozent.....	157
Abbildung 42: Ablauf der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2012, S. 124) .....	163
Abbildung 43: Typologie – Gruppierung der Fälle .....	165
Abbildung 44: Typologie – Unterstützung durch das Mentoring.....	166
Abbildung 45: Typologie – Zufriedenheit mit der Weiterbildungsstelle.....	167
Abbildung 46: Typologie – Identifikation mit der Allgemeinmedizin.....	168

Abbildung 47: Typologie – Mentoringgruppenzugehörigkeit.....	168
Abbildung 48: Code-Relation-Browser (Interviewzeitpunkt II) – fortlaufende Abbildung in 4 Tabellen .....	221
Abbildung 49: Typenbildung im Prozess .....	225

### III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche. Stand 10.04.2014.....	34
Tabelle 2: Relevante Artikel der systematischen Literaturrecherche. Stand 10.04.2014 .....	36
Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe, Fragebogen JADe (n=29) .....	38
Tabelle 4: Beschreibung der Stichprobe, Erhebungszeitpunkt I.....	52
Tabelle 5: Effektstärken im Vergleich der Jahre 2013 und 2014 aus Sicht der Mentees ....	112
Tabelle 6: Effektstärken im Vergleich der Gruppen Frankfurt und Marburg aus Sicht der Mentees .....	113
Tabelle 7: Effektstärken im Vergleich der Jahre 2013 und 2014 aus Sicht der Mentoren..	119
Tabelle 8: Effektstärken im Vergleich der Gruppen aus Sicht der Mentoren .....	120
Tabelle 9: Effektstärken im Vergleich der Leitung aus Sicht der Mentoren.....	120
Tabelle 10: Beschreibung der Stichprobe, Erhebungszeitpunkt II .....	124
Tabelle 11: Vergleich der Kategorien zu beiden Interviewzeitpunkten.....	154

#### **IV. Abkürzungsverzeichnis**

AiW	Arzt/Ärztin in Weiterbildung
ÄiW	Ärzte/innen in Weiterbildung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGM	Deutsche Gesellschaft für Mentoring
Ffm	Frankfurt am Main
HESA	Junge Hessische Allgemeinmedizin
HKG	Hessische Krankenhausgesellschaft
JADe	Junge Allgemeinmedizin Deutschland
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LÄK	Landesärztekammer
MR	Marburg
PJ	Praktisches Jahr
TZI	Themenzentrierte Interaktion
WBE	Weiterbildungsermächtigte/r
WBK	Weiterbildungskolleg
WBV	Weiterbundsverbund

## 1. Hintergrund

*„Neue Hausärzte braucht das Land!“<sup>d</sup>*

Der Mangel an Hausärzten<sup>2</sup> in Deutschland, insbesondere in ländlichen Gegenden, wird immer prekärer. Die Ursachen dafür liegen einerseits in einer hohen Anzahl an Praxisaufgaben in den nächsten Jahren und andererseits einer zu geringen Zahl potenzieller bzw. tatsächlicher Nachfolger.

Der Altersdurchschnitt der derzeit tätigen Hausärzte in Deutschland beträgt 53,1 Jahre mit einem Anteil von 17,93% über 60-jährige (Kopetsch 2010). Demnach werden in den nächsten Jahren etwa ein Fünftel aller Hausärzte aus ihrem Beruf ausscheiden. Dieser Mangel macht sich schon heute, insbesondere in strukturschwachen Regionen, bemerkbar und wird sich in den nächsten Jahren verschärfen. Kopetsch vermutet, dass „auf Grund der Alterstruktur [sic!] damit zu rechnen [ist], dass in den nächsten zehn Jahren – je nach Bundesland – zwischen 38% und 48% aller Hausärzte in den Ruhestand gehen werden [...], ohne dass ausreichender Nachwuchs in Sicht ist, um diese Lücke schließen zu können“ (Kopetsch 2010, S. 52). Laut Gerlach (Ries 2014) findet zurzeit nur jeder zweite ausscheidende Hausarzt einen Nachfolger, sodass doppelt so viele Allgemeinmediziner ausgebildet werden müssten, um den Bedarf zu decken.

Das Problem liegt folglich nicht nur in der schwierigen Altersstruktur, sondern gleichzeitig am Nachwuchsmangel für den hausärztlichen Beruf, weshalb in den kommenden Jahren eine hohe Zahl an Praxisaufgaben zu erwarten ist. Obwohl sich 29,6% der Medizinstudierenden den Beruf des Allgemeinmediziners vorstellen können (Gibis et al. 2012), absolvierten letztendlich nur 1.218 Ärzte die Facharztprüfung zum Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätigen Internisten (10,4% der Facharztanerkennungen im Jahr 2014 deutschlandweit). Knapp 90% der Absolventen strebten in die Spezialisierung. Im Hinblick darauf, dass sich unter den Absolventen ein Frauenanteil von 64% (n=780) befindet, die nicht mehr die derzeitige Arbeitsbelastung der ausscheidenden Hausärzte auf sich nehmen, sondern mit einem hohen Anteil Teilzeit arbeiten, ergibt sich in den nächsten Jahren ein prekärer Mangel an Hausärzten, der sich

---

<sup>1</sup> Titel der Kick-off Veranstaltung der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen am 27.03.2013, in deren Rahmen das der Arbeit zugrunde liegende Mentoringprogramm entwickelt wurde.

<sup>2</sup> Aufgrund der Kürze und besseren Lesbarkeit wird auf die getrennte Erwähnung beider Geschlechter verzichtet. Die männliche Form beinhaltet – sofern nicht anders angegeben – auch immer die weibliche.

vor allem in ländlichen Gebieten bemerkbar machen wird (Bundesärztekammer 2014; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014; van den Bussche et al. 2016).

Es scheint, als würden Studierende während des Studiums und der Weiterbildung verstärkt von anderen Facharzttrichtungen überzeugt. Die großangelegte Studie „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014“ zeigt, dass das Fach Allgemeinmedizin unter Medizinstudierenden wenig Ansehen hat (Kaucher et al. 2016). Um schon früh für die Allgemeinmedizin zu werben, gibt es an einigen allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten spezielle Angebote für Interessierte, wie zum Beispiel die „Klasse Allgemeinmedizin“ an der Universität Halle-Wittenberg (Langosch et al. 2012) oder die „Landpartie Fulda“, bei der Medizinstudierende das Blockpraktikum Allgemeinmedizin in einer Praxis im ländlichen Raum absolvieren können (Schäfer et al. 2015).

Ein Grund für die mangelnde Attraktivität könnte in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung liegen. Sie beinhaltet verschiedene Phasen in der Klinik als auch in der hausärztlichen Praxis<sup>3</sup>. Damit soll ein breites medizinisches Spektrum vermittelt werden, gleichzeitig wird der reibungslose Ablauf der Weiterbildung erschwert: Der Wechsel zu verschiedenen Abteilungen, Kliniken oder in die Praxis sowie die damit verbundenen Bewerbungsphasen kosten Zeit, organisatorischen Aufwand (beispielsweise durch jeweils erneute Förderantragstellung) und bietet wenig Planbarkeit und finanzielle Sicherheit (Schmidt 2008). Im Durchschnitt brauchen Ärztinnen und Ärzte für die Weiterbildung 8,5 Jahre (Median 9), statt der laut WBO vorgesehenen fünf Jahre (Huenges et al. 2010). Weitere Gründe gegen eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin sind die fehlende Strukturierung der Weiterbildungsabschnitte, geringere Verdienstmöglichkeiten als in anderen Facharztgruppen, außermedizinische und wirtschaftliche Ansprüche und eine hohe Arbeitsbelastung in der späteren eigenen Praxis (Huenges et al. 2010; Steinhäuser et al. 2011a).

Die Identifikation mit dem Fach Allgemeinmedizin wird zudem durch die Arbeit in „fachfremden“ Gebieten wie Innere Medizin oder Chirurgie erschwert. Es fehlt der

---

<sup>3</sup> Die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen schreibt 36 Monate stationäre Versorgung (mind. 18 Monate Innere Medizin sowie weitere 18 Monate in der stationären patientennahen Versorgung) und 24 Monate in der allgemeinmedizinischen ambulanten Versorgung (davon bis zu sechs Monate anrechenbar für Phasen in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin oder Chirurgie) vor (Landesärztekammer Hessen 2012).

Kontakt zu anderen Allgemeinmedizinerinnen und damit eine Art fachliche und emotionale „Heimat“. Nicht selten berichten junge Ärzte, während der stationären Phase „abgeworben“ zu werden und – anstatt in die Hausarztpraxis zu wechseln – die Weiterbildung z.B. als spezialisierter Internist zu beenden. Auch in der hausärztlichen Praxisphase, in der das selbstständige Arbeiten angesichts des breiten Spektrums der Allgemeinmedizin eine fachliche Herausforderung darstellt und eine mögliche Vorbereitung auf eine eigene Niederlassung im Fokus steht, gehen wichtige Informationen und Unterstützung durch mangelnden Austausch mit „peers“ verloren. Zukünftige Fachärzte für Allgemeinmedizin sind einen Großteil ihrer Weiterbildung zwangsläufig nicht in der hausärztlichen Praxis tätig, sondern in der Klinik mit fachfremden Kollegen. Der Austausch mit anderen Fachärzten für Allgemeinmedizin fehlt über weite Strecken der Weiterbildung völlig und auch während der Zeit in einer allgemeinmedizinischen Praxis ist der Kontakt zu anderen Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) aufgrund der üblichen Praxisgrößen nicht unbedingt gegeben (Schmidt 2008).

In Deutschland sind junge Ärzte während der Phase ihrer Weiterbildung in der Regel auf sich allein gestellt, zeigen jedoch den Wunsch nach einer besseren Betreuung (Huenges et al. 2010). Aufgrund der dargestellten Besonderheiten ist die allgemeinmedizinische Weiterbildung prädestiniert für ein Unterstützungsangebot, beispielsweise in Form von Mentoring.

Unter Mentoring wird eine längerfristig angelegte, dyadische Beziehung zwischen einer erfahrenen Person (Mentor) und einem oder mehreren weniger erfahrenen Person (Mentees) verstanden. Ziel ist die persönliche und berufliche Entwicklung des Mentees (Sambunjak und Marusić 2009). Mentoring ist sowohl im klassischen Eins-zu-Eins Setting, als auch als Gruppenmentoring (mehrere Mentees mit einem oder zwei Mentor/en) möglich. Ein individuelles Mentoringprogramm, welches ÄiW über ihre gesamte Weiterbildungszeit angeboten wird, könnte ideal auf alle Phasen und die Besonderheiten der allgemeinmedizinischen Weiterbildung eingehen. Im Gruppenmentoring kann nicht nur der Kontakt zu einem erfahrenen Facharzt, sondern auch der kollegiale Austausch zu Gleichgesinnten hergestellt werden. Auf der einen Seite können so Informationen zur Weiterbildung, Facharztprüfung und späteren Niederlassung oder Anstellung ausgetauscht sowie berufliche Ängste und Unsicherheiten genommen werden. Dadurch können die Mentees ihre Weiterbildung besser organisieren und idealerweise ohne große Hürden schneller abschließen. Auf der anderen Seite bietet das Mentoring eine „Heimat“ für ÄiW und die Möglichkeit einer stärkeren Identifikation mit der Allgemeinmedizin, sodass



möglicherweise weniger Ärzte ihre Weiterbildung abbrechen oder in andere Fachgebiete wechseln.

## 1.1 Einbettung des Projektes

In Deutschland gibt es seit mehreren Jahren das Bestreben, die allgemeinmedizinische Weiterbildung qualitativ hochwertiger und attraktiver zu gestalten, um einem sich verschärfenden Hausärztemangel entgegenzuwirken<sup>4</sup>. Ein bedeutungsvoller Aspekt ist hierbei die sogenannte Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) ist seit Jahren in diesem Bereich aktiv und hat bereits einen Leitfaden zur Förderung von Weiterbildungsverbünden (DEGAM 2010), Konzepte zur Verbundweiterbildung plus (Steinhaeuser und Chenot 2013) und ein Positionspapier zu Kriterien für Kompetenzzentren (DEGAM 2015) herausgegeben. Vorreiter dieser Entwicklung ist das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg, das bereits seit 2007 mit einem gut etablierten und strukturierten Angebot der Verbundweiterbildung die allgemeinmedizinische Weiterbildung unterstützt (Steinhäuser et al. 2011b). Daneben gibt es auch kleinere Programme: Das Weiterbildungsprogramm des Universitätsklinikums Jena begleitet die dort angestellten ÄiW mit dem Ziel des Facharztes für Allgemeinmedizin in strukturierter Form und Betreuung (Büssow 2014) und auch in Bayern werden im Rahmen der Verbundweiterbildung seit Juli 2014 Seminartage für angehende Allgemeinmediziner angeboten (Bayrische Landesärztekammer 2014).

In Hessen haben Anfang 2012 zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin vier Partner auf Grundlage des *Hessischen Paktes zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung* (Hessisches Sozialministerium 2011) einen Vertrag geschlossen. Neben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Landesärztekammer Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft sind auch die allgemeinmedizinischen Einrichtungen der Universitäten Frankfurt am Main und Marburg mit fest definierten Rollen beteiligt. Damit handelt es sich um den bundesweit ersten Vertrag, der auch universitäre Einrichtungen – die in Deutschland bisher ausschließlich für die Ausbildung zuständig sind – in die allgemeinmedizinische Weiterbildung einbindet. Mit finanzieller Unterstützung durch das

---

<sup>4</sup> Der folgende Abschnitt enthält Auszüge aus der detaillierten Darstellung einer Publikation zum Weiterbildungscolleg Allgemeinmedizin Hessen von Broermann et al. (2015).

Hessische Sozialministerium wurden an beiden Universitäten Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin eingerichtet. Diese unterstützen durch die Gründung eines Weiterbildungscollegs, bestehend aus einem Seminar- und Mentoringprogramm, angehende Fachärzte in ihrer Weiterbildung fachlich, organisatorisch und persönlich. Zur kontinuierlichen Zusammenarbeit zwischen den Partnern wurde ein Lenkungsausschuss und eine bei der KV Hessen angesiedelte Koordinierungsstelle etabliert (siehe Abbildung 1).

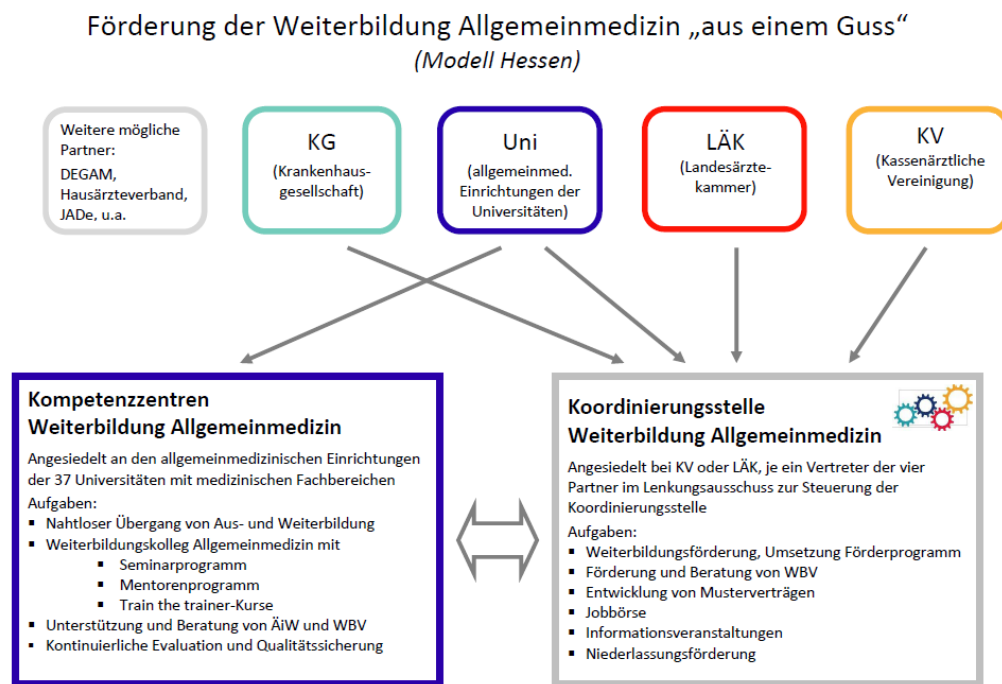


Abbildung 1: Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin – Modell Hessen (Broermann et al. 2015)

Im Vergleich zu bestehenden Modellen stellen sowohl die politische Verortung universitärer Einrichtungen als auch die Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle Neuerungen dar. Die in Hessen vertraglich abgesicherte Konstruktion zielt auf eine Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin „aus einem Guss“. Die universitäre Anbindung der Kompetenzzentren unterstützt durch eine kontinuierliche Begleitung und Beratung den nahtlosen Übergang von der medizinischen Ausbildung in die allgemeinmedizinische Weiterbildung.

Kernaufgabe der Kompetenzzentren ist seit Februar 2012 die Gestaltung eines die gesamte Weiterbildungszeit begleitenden Weiterbildungscollegs (WBK), bestehend aus einem Seminar- und Mentoringprogramm. Die Verknüpfung eines Seminarprogramms mit einem strukturierten Mentoringprogramm ist bundesweit einmalig. Interessierte ÄiW melden sich

über ein Online-Eintragungssystem für das Weiterbildungskolleg an. Die Kosten (ab 07/2013 39,80 € pro Monat, seit 07/2015 reduziert auf 15 € pro Monat) beinhalten sowohl die Teilnahme an dem Seminar- als auch dem Mentoringprogramm und werden in der Regel von den jeweiligen Arbeitgebern (Kliniken bzw. Praxen) übernommen.

Jeder angemeldete ÄiW kann jährlich vier Seminartage, jeweils freitags ganztätig, besuchen. Inhalte der Begleitseminare sind eine Vielzahl von praxisrelevanten Themen, die ÄiW sofort im Berufsalltag umsetzen können und die gleichzeitig als gute Vorbereitung für die Facharztprüfung dienen.

Parallel zum Seminarprogramm haben die ÄiW des Weiterbildungskollegs die Möglichkeit am Mentoringprogramm teilzunehmen. In regelmäßigen Mentoringgruppentreffen (ebenfalls vier Mal jährlich, mittwochnachmittags für zwei Stunden) werden die ÄiW persönlich und organisatorisch in ihrer Weiterbildung durch einen erfahrenen Mentor, eine Diplom-Pädagogin und den Austausch mit weiteren ÄiW Allgemeinmedizin unterstützt. Das Mentoringprogramm wurde im Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen erstmals eingesetzt und im Rahmen dieser Arbeit konzipiert und evaluiert.

Die in dieser Arbeit begleitete und mittels Interview befragte Pilotkohorte bestand aus 23 Teilnehmenden des Weiterbildungskollegs (WBK), die auf zwei Mentoringgruppen aufgeteilt wurden. Die Aufteilung richtete sich nach dem Wohnort der ÄiW: Die ÄiW aus der Region Südhessen wurden der Mentoringgruppe Frankfurt zugeordnet, die ÄiW der Region Nord- und Mittelhessen der Mentoringgruppe Marburg. Damit bestand die Gruppe Frankfurt aus zwölf ÄiW, die sich viermal im Jahr 2013 für je zwei Stunden in Räumen am Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum in Frankfurt am Main traf, während die anderen elf Teilnehmenden viermal in der Bibliothek der Abteilung für Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg zusammenkamen. Während der Pilotierungsphase im ersten Jahr war die Teilnahme am WBK für alle ÄiW kostenlos. Alle Gruppentreffen wurden jeweils im Anschluss mittels Evaluationsbogen beurteilt. Diese Ergebnisse fließen mit in die Evaluation des Programms ein.

## 1.2 Stand der Forschung

Die Anzahl der Mentoring-Programme in Deutschland hat in den letzten Jahren zugenommen (Schmid und Haasen 2011). Insbesondere in großen Unternehmen der Wirtschaft, in der Verwaltung und an Hochschulen existieren eine Vielzahl an Angeboten durch Mentoren. Diese haben meistens das Ziel der Karriereförderung, insbesondere bei benachteiligten Personengruppen, häufig Frauen (Nienhaus 2005). Auch in der Medizin hat die Idee des Mentoring Einzug gehalten. Mentoringprogramme zeigen Erfolge in Bezug auf die Arbeits- und Studienzufriedenheit sowie Karrierechancen und werden überwiegend positiv bewertet (Buddeberg-Fischer et al. 2005; Sambunjak et al. 2006; Hofhansl und Körmöczi 2014). An verschiedenen Universitäten, beispielsweise an der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Medizinischen Universität Wien werden im Rahmen der Ausbildung Mentoringprogramme für Medizinstudierende angeboten (Borch et al. 2011; Hofhansl und Körmöczi 2014). Weniger Angebote gibt es in der Weiterbildung junger Ärzte. Am Universitätsspital Zürich und der medizinischen Fakultät existiert ein integriertes Mentoringprogramm für Ärzte der Humanmedizin in verschiedenen fachärztlichen Weiterbildungen. Dieses setzt erfolgreich den Fokus auf die Förderung von Frauen in der Medizin, insbesondere der medizinischen Forschung und Karriereförderung (Buddeberg-Fischer und Stamm 2012). Für ÄiW Allgemeinmedizin werden vereinzelt Angebote im persönlichen Mentoring (Eins-zu-Eins) von Kliniken, Weiterbildungsverbänden oder dem Hausärzteverband angeboten (Deutscher Hausärzteverband; Fuchs und Kuch 2013).

Anders ist die Situation im Ausland: In vielen Ländern, beispielsweise in den Niederlanden, in Kanada, den USA, Großbritannien und Australien (Hays 1990; Nasmith et al. 1997; Markakis et al. 2000; Schmidt 2008; Sagasser et al. 2012; Sturgiss et al. 2013, McKenzie et al. 2013) ist die Weiterbildung so konzipiert, dass ÄiW regelmäßig Unterstützung von ihrem Weiterbilder oder einem externen Mentor oder Tutor in Form von regelmäßigen fachlichen Inputs, Lernkontrollen oder Feedbackgesprächen erhalten. Andere internationale Studien aus Ländern, in denen Mentoring kein fester Bestandteil der Weiterbildung ist, zeigen, dass der Bedarf nach einem regelmäßigen Austausch, beispielsweise durch einen Mentor oder durch Supervision, groß ist (Nielsen und Tulinus 2003; Larsen et al. 2005; Ramanan et al. 2006; Anderson et al. 2011; Brown et al. 2012; Rickard et al. 2012; McKenzie et al. 2013; Agius et al. 2014) (vgl. Kapitel 4.1).

Ein die allgemeinmedizinische Weiterbildung begleitendes Mentoringprogramm könnte ÄiW unterstützen und wirksam dazu beitragen, die Weiterbildung Allgemeinmedizin für Medizinstudierende attraktiver zu gestalten. Die vorliegenden Ergebnisse und das daraus resultierende Konzept decken sich mit einigen Vorstellungen anderer Konzepte (bspw. zum peer-Mentoring der Universität Wien Hofhansl und Körmöczi 2014) und unterscheiden sich häufig bezüglich der Zielsetzungen aufgrund einer anderen Verortung. Steht bei Studierenden die Bewältigung des Medizinstudiums und der Dissertation im Vordergrund, so liegt der Fokus für Ärzte in Weiterbildung auf der Organisation der Weiterbildung, Überlegungen hinsichtlich der Niederlassung und der Familienvereinbarkeit. Anders als bei vielen Mentoringprogrammen (wie zum Beispiel auch am Klinikum Zürich Buddeberg-Fischer B, Beck-Schimmer B, Hornung R, Dietz C, Mattanza G, Klaghofer R 2005) stehen in Hessen nicht die Frauen- und Karriereförderung im Mittelpunkt des Interesses, sondern die Unterstützung aller ÄiW Allgemeinmedizin über die gesamte Weiterbildungszeit bis in die Niederlassung. Ziel ist eine Steigerung der Zufriedenheit während der Weiterbildung und die allgemeinmedizinische Weiterbildung für potenziellen Nachwuchs anziehender zu gestalten.

Soweit der Autorin aufgrund ihrer Recherchen bekannt, gab es vor der Etablierung des Mentoringprogramms des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin Hessen keine persönliche Unterstützung der ÄiW Allgemeinmedizin durch ein ausgearbeitetes, strukturiertes und überregional (bundeslandweites) organisiertes Gruppenmentoringkonzept im deutschsprachigen Raum. Die Rahmenbedingungen der Weiterbildung sind in jedem Land verschieden, sodass eine direkte Übernahme anderer Konzepte auf Deutschland nicht möglich ist. Einzelne Aspekte verschiedener Konzepte haben die Entwicklung des Mentoringprogramms in Hessen beeinflusst. Vor allem jedoch orientiert sich die Konzeption des Mentoringprogramms an den Wünschen und Bedürfnissen der ÄiW Allgemeinmedizin und den Rahmenbedingungen in Hessen.

### **1.3 Fragestellung**

Basierend auf den Ergebnissen der verschiedenen Studien, die zeigen, dass eine bessere individuelle Unterstützung für ÄiW notwendig ist und der dadurch bedingten Vorannahme, dass ein Bedarf an Mentoring vorhanden ist, besteht das Ziel dieses Dissertationsvorhabens in der Entwicklung eines Mentoringprogramms, das passgenau auf den Bedarf und die Rahmenbedingungen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Hessen zugeschnitten ist.

Die vorliegende Arbeit soll prüfen,

- ob von ÄiW Allgemeinmedizin ein Bedarf an Unterstützung während ihrer Weiterbildungszeit besteht,
- wie eine Unterstützung entsprechend der Bedürfnisse und Wünsche der zukünftigen Allgemeinmediziner aussehen sollte,
- ob die aus der Bedarfsanalyse konzipierte Intervention unterstützend wirkt
- und welche ÄiW besonders oder weniger stark von dem Unterstützungsangebot profitieren.

Dieses „ob“ und „wie“ ergibt sich aus den Ergebnissen der Bedarfsanalyse sowie den theoretischen Annahmen im Kontext der Rahmenbedingungen der Weiterbildung in Hessen. Ausgehend von diesen Untersuchungen und Überlegungen ergeben sich die Ziele und das zur Zielerreichung erforderliche Konzept. Dieses wird mit Hilfe einer darauf abgestimmten Evaluation überprüft.

Die folgende Grafik verdeutlicht den Zyklus, nach dem die Entwicklung eines Mentoringprogramms verläuft.

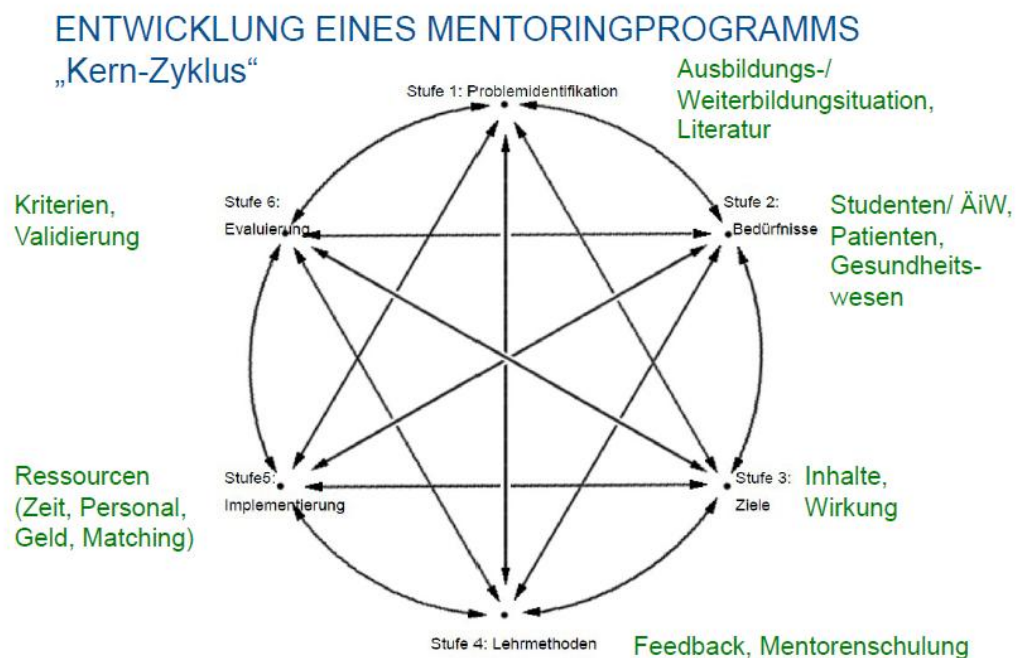


Abbildung 2: Entwicklung eines Mentoringprogramms (Kern 1998)

Nach einer Problemidentifikation (vgl. Kapitel 1 und 4.1) werden der Bedarf der Zielgruppe ermittelt (vgl. Kapitel 4.2, 4.3 und 4.4) sowie Ziele und Lehrmethoden für ein Mentoringprogramm formuliert (vgl. Kapitel 4). Das Programm wird unter Berücksichtigung der bestehenden Rahmenbedingungen implementiert und evaluiert (vgl. Kapitel 6).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein *Mixed-Methods*-Ansatz gewählt (vgl. Kapitel 3.2), da für die Fragestellung nicht nur der Anteil der ÄiW, die eine Unterstützung wünschen, interessant ist, sondern ebenso welcher Art die inhaltliche Ausgestaltung dieser Unterstützung sein sollte. Der erste Aspekt kann mittels numerischen Daten belegt werden (quantitativ), der zweite Aspekt benötigt Einblicke in die Sichtweise und Erfahrungen der Forschungsteilnehmenden (qualitativ).

Vor der Vorstellung des Forschungsdesigns wird zunächst der theoretische Rahmen des Forschungsprojektes dargestellt (vgl. Kapitel 2).

## 2. Theoretischer Hintergrund: Mentoring im Kontext der Gruppe

*„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“ (verkürztes Zitat nach Aristoteles)*

Der Arbeit liegen Theorien des Mentoring und der Themenzentrierten Interaktion (TZI) zugrunde. Zunächst soll jedoch die Verortung des Projektes in der Erziehungswissenschaft dargestellt werden.

### 2.1. Einbettung in einen erziehungswissenschaftlichen Diskurs

Mit dem Thema Mentoring im Gruppenkontext werden wichtige Begriffe des erziehungswissenschaftlichen Diskurses angesprochen. Zentral beim Mentoring sind die Beziehung zwischen Mentor/en und Mentee/s, die Beratung und das Lernen am Modell. Im Setting der Gruppe erfordert die Steuerung und Reflexion von Gruppenprozessen pädagogische Kompetenz. Eingebettet ist das Gruppenmentoring in den Kontext der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und steht somit in der Kerntradition von Erziehungswissenschaft: Bildung. Mentoring ist eine Form der Bildung, mit dem erklärten Ziel der beruflichen und persönlichen Entwicklung des Mentees. Gerade in unserer heutigen Gesellschaft, die geprägt ist durch rasante technische und soziale Veränderungen und der damit verbundenen Herausforderungen sowie einer Vielzahl an Möglichkeiten, das eigene Leben zu gestalten, namentlich gekennzeichnet durch Begriffe wie „Risikogesellschaft“ (Beck 2006), „individualisierte Gesellschaft“ und „Wissengesellschaft“ (Schell-Kiehl 2007), ist ein Verständnis von Bildung oder Lebenslangem Lernen unabdingbar. In der Profession der Mediziner ist es – bedingt durch rasante Fortschritte im medizinischen Wissen und der medizinischen Technik – schon lange selbstverständlich, dass die Ausbildung und damit der Lernprozess nicht mit dem Ende des Studiums aufhören. Nach der Ausbildung folgt die Weiterbildung, dieser folgen Fortbildungen bis zum Ruhestand. Jeder Arzt in Hessen muss alle fünf Jahre 250 Fortbildungspunkte nachweisen (Landesärztekammer Hessen 2015b). Diese werden sowohl selbstverantwortlich (Studieren von Zeitschriften und Studien) als auch durch Fortbildungsveranstaltungen erlangt.

Lernen, als ein nicht direkt zu beobachtender Prozess, der zu stabilen Veränderungen im Verhalten führt (Richert 2006, S. 37), gehört zum gesamten Leben dazu. Das Konzept des Lebenslangen Lernens ist seit den 70er Jahren und verstärkt seit den 90er Jahren Gegenstand des öffentlichen Diskurses und Antwort auf den beschleunigten, gesellschaftlichen Wandel des 20. Jahrhunderts (Hof 2009, S. 16). Lernen findet



zunehmend im gesamten Lebensverlauf in institutionalisierten Bildungseinrichtungen statt, aber auch in informellen Lernprozessen, für die der jeweils Lernende selbst die Verantwortung trägt. Insbesondere der Umgang mit einer Vielzahl an Informationen, die Fähigkeit Problemsituationen zu analysieren und Lösungen zu finden, sind unabdingbar in der heutigen Gesellschaft und fordern den Einsatz des Individuums (Hof 2009, S. 22). Es existiert keine einheitliche Definition des Begriffes und das Konzept des Lebenslangen Lernens ist nicht eindeutig. So verfolgt dieses Konzept für die einen eine sozial-utopische Zielsetzung und verspricht eine gleiche und freiere Gesellschaft, in der Lernen und Wissen eine zentrale Rolle spielen. Für die anderen ist das Lebenslange Lernen nichts anderes als ein Synonym für Erwachsenenbildung oder Weiterbildung: „Lebenslanges lernen [sic!] ist Weiterbildung, bedeutet Weiterlernen, lebenslang oder zumindest berufslebenslang“ (Schütze 2005, S. 65).

Ziele des Lebenslangen Lernens sind, bedingt durch den technisch-ökonomischen als auch sozial demographischen Wandel, die Förderung menschlicher Persönlichkeitsentwicklung und die Entwicklung einer Lerngesellschaft, gekennzeichnet durch berufliche Weiterbildung, berufsübergreifende Kompetenzentwicklung, Lernnetzwerke und Förderung und Entwicklung selbstgesteuerten Lernens (Richert 2006, S. 72 f.). Dahinter steht der Gedanke, dass sich Lernen und Bildung nicht erzwingen lassen, sie können sich ereignen, wenn Umstände und Angebote geschaffen werden, die den Menschen herausfordern, sich mit sich selbst und mit der Welt auseinanderzusetzen (Fatke und Merkens 2006).

Nach Richert entspricht Mentoring einer Lernbeziehung (Richert 2006, S. 37). Sie beschreibt die Überschneidungen des Mentoring-Prinzips und des Konzepts des Lebenslangen Lernens: Beide verfolgen gleiche Ziele, insbesondere durch den Fokus auf die Persönlichkeitsentwicklung, die Selbstverantwortung und Selbstreflexion sowie die Lernmotivation. Mentoring kann unter gewissen Voraussetzungen als eine Form des Lebenslangen Lernens und vor allem als eine unterstützende Maßnahme zur Zielerreichung des Lebenslangen Lernens betrachtet werden. Wichtige Bedingungen sind die Freiwilligkeit einer Mentoring-Beziehung, welche geprägt ist durch gegenseitigen Respekt und eine hohe Lernmotivation auf beiden Seiten, sowie klare Rahmenbedingungen, die durch ausreichend Zeit und Unterstützung durch den Arbeitgeber einen vertrauensvollen Erfahrungsaustausch ermöglichen (Richert 2006, S. 94 ff.).

In der Umsetzung des Lebenslangen Lernens im Gruppenmentoring als Unterstützungsangebot für angehende Fachärzte für Allgemeinmedizin sind nicht nur die

Inhalte, die für die ÄiW bedeutsam sind und durch die Bedarfsanalyse erfasst werden, relevant, sondern ebenso die Art und Weise der Vermittlung dieser Inhalte. Daher braucht es in der professionellen Begleitung beim Mentoring sowohl die allgemeinmedizinisch-fachliche, als auch pädagogisch-didaktische Kompetenz. Mit der Implementierung der T'ZI als pädagogisches Konzept mit großem Praxisbezug in die Mentoringgruppe soll eine möglichst bedarfsgerechte Unterstützung für ÄiW Allgemeinmedizin in Hessen gelingen.

## 2.2 Mentoring

Das Wort Mentor geht zurück auf die griechische Sage von Odysseus, welcher während seiner Abwesenheit durch den trojanischen Krieg seinem Freund Mentor die Sorge für seinen Sohn Telemachus überträgt (Ramani et al. 2006, S. 404). „Mentor served as a teacher and transitional figure to Telemachus over many years, guiding him on his journey to independence” (Carey und Weissman 2010, S. 1373 f.).

In den USA wird Mentoring seit den 70er Jahren als ein Instrument der Karriereförderung genutzt. In Deutschland wurden Mentoringprogramme hingegen erst seit den 80er bzw. insbesondere in den 90er Jahren eingeführt, vor allem in Bereichen der Organisations- und Personalentwicklung sowie der Frauenförderung (Schell-Kiehl 2007, S. 17 f.).

Eine mögliche Definition für Mentoring lautet wie folgt:

„[Mentoring is] a dynamic reciprocal relationship in a work environment, between two individuals where, often but not always, one is an advanced career incumbent and the other is a less experienced person. The relationship is aimed at fostering the development of the less experienced person. The traditional mentoring relationship is ideally reciprocal, mutually-beneficial, and both personal and professional” (Carey und Weissman 2010, S. 1373 f.).

Sambunjak definiert Mentoring auf drei Ebenen: Erstens *structural*, als dyadische Beziehung zwischen einer erfahrenen Person (Mentor) und einer weniger erfahrenen Person (Mentee), zweitens *interactional*, mit der Funktion des Lernens in einer asymmetrischen, jedoch reziproken Beziehung, von der beide Seiten profitieren, und drittens *temporal*, in dem Sinne, dass Mentoring sich auszeichnet als eine Beziehung über einen längeren Zeitraum (Sambunjak und Marusić 2009, S. 2591 f.).

Haasen erläutert die Rolle des Mentors: Er sei ein „Partner im Dialog über Themen und Fragestellungen, die von seinem Mentee eingebracht werden“ (Haasen, S. 74). Mentoren eröffnen neue Sichtweisen und zeigen auf der Grundlage ihrer Erfahrungen Konsequenzen oder Optionen auf. Ziel dieser Mentoringbeziehung sei die Persönlichkeitsentwicklung des Mentees (Haasen, S. 61), die Weitergabe von Berufserfahrung und die Einführung in bzw.

der Ausbau bereits bestehender Netzwerke (Richert 2006, S. 9). Ziegler unterscheidet vier Ziele von Mentoring: (1) psychosoziale und (2) laufbahnbezogene Ziele, (3) individuelle Orientierung und (4) Verstärkung von Zielbindung und Motivation (Ziegler 2009, S. 16). Zahlreiche Studien belegen, dass individuelles Mentoring zur Verbesserung der beruflichen Leistung und des beruflichen Erfolges einen großen Effekt haben kann. Dieser ist allerdings stark abhängig von der Umsetzung des Mentorings, beispielsweise von der Eignung der Mentoren, der Zusammenstellung der Mentor-Mentee-Konstellation und der Laufzeit des Programms (Ziegler 2009, S. 11 ff.).

Generell werden verschiedene Formen von Mentoring unterschieden: *Informelles* und *formelles* Mentoring. Informelle Mentoren-Tandems werden spontan, auf eigene Initiative gebildet und laufen ohne Rahmenorganisation ab. Dahingegen ist das formelle, oder auch institutionalisierte, Mentoring gekennzeichnet durch spezielle Mentoringprogramme, die durch Unternehmen oder Institutionen organisiert werden. Gestaltung, Dauer und Matching (Zusammenführung der Tandems) werden von den Organisatoren geregelt. Das formelle Mentoring wird wiederum aufgeteilt in drei unterschiedliche Formen, das interne Mentoring, bei dem Mentor und Mentee aus einem Unternehmen/einer Institution stammen, das externe Mentoring, bei dem Mentor und Mentee unterschiedlichen Unternehmen angehören und das Cross-Mentoring, bei dem sich mehrere Unternehmen zusammenschließen und die Mentoringtandems im wechselseitigen Austausch gebildet werden (Richert 2006, S. 11 ff.).

Darüber hinaus haben sich verschiedene Variationen des klassischen, dyadischen Mentoring entwickelt, beispielsweise das Mentoring unter *peers* oder *Gruppenmentoring* (Ziegler 2009, S. 10). Mentoringgruppen können homogen oder auch heterogen in ihrer Zusammenstellung sein. Um einem Mentoring zu entsprechen, ist jedoch eine klare Rollenzuteilung als Mentor bzw. Mentee notwendig.

Eine einheitliche Definition von Mentoring ist aufgrund des heterogenen Forschungs- und Anwendungsfeldes äußerst schwierig. Eine unklare Abgrenzung ist nicht nur in der Alltagssprache irritierend, sondern auch ungünstig für einen wissenschaftlichen Diskurs (Sambunjak und Marusić 2009, S. 2591). Mentoring wird häufig verwechselt mit Supervision, Beratung, Shadowing oder Coaching (Roterberg-Steinberg 2009, S. 46 ff.). Die folgende Grafik zeigt eine Verortung von Mentoring im beruflichen Feld mit Fokus auf der Persönlichkeit, in Abgrenzung zu anderen Beratungsformen wie Coaching, persönlichkeitszentrierter Beratung und Karriereplanung.

		Private Felder			
Fokus Persönlichkeit		Counselling (persönlichkeits- zentrierte Beratung)	Coaching (aufgaben- zentrierte Beratung)	Fokus Aufgabenstellung	
		Mentoring (persönliche Berufs- entwicklung)	Job-Planning (Karriere- Planung)		
		Berufliche Felder			

Abbildung 3: Abgrenzung Mentoring zu anderen Beratungsfeldern (Viney und McKimm 2010, S. 106 ff.)

Neben den genannten Formen ist unter Ärzten außerdem die Teilnahme an Balint-Gruppen weit verbreitet. Im Gegensatz zur Balint-Gruppe liegt der Fokus des Mentorings nicht auf der Förderung der Beziehung zwischen Arzt und Patient (Häffner und Stucke 2006, S. 30), sondern auf der Entwicklung und Unterstützung der persönlichen Entwicklung des Mentees in seinem beruflichen Umfeld.

Um einheitliche Qualitätsstandards für Mentoring zu entwickeln und damit Mentoring stärker von anderen Verfahren abzugrenzen, wurde 2012 die Deutsche Gesellschaft für Mentoring (DGM) entwickelt. Diese setzt sich mittels der Standards und einer Zertifizierung von Mentoringprogrammen für die Qualitätssicherung im Mentoring ein und fördert den Austausch und die Vernetzung von Mentoring<sup>5</sup> (Deutsche Gesellschaft für Mentoring). Bereits 2006 gründete sich der Verein Forum Mentoring e.V., Bundesverband Mentoring in der Wissenschaft, der ebenfalls die Möglichkeiten der Vernetzung bietet und sich für die Initiierung, Weiterentwicklung und Qualitätssicherung von Mentoringprogrammen einsetzt (Forum Mentoring 2014). Diese Zusammenschlüsse der letzten Jahre zeigen, dass in Deutschland Mentoring als eine professionelle Handlungsform verstärkt anerkannt wird.

In der vorliegenden Arbeit wird Mentoring als eine vertrauensvolle, reziproke Beziehung zwischen einer erfahrenen und einer oder mehreren weniger erfahrenen Personen, die sich über einen längeren Zeitraum regelmäßig treffen, definiert. Der Fokus der Treffen liegt auf

---

<sup>5</sup> Das der Arbeit zugrunde liegende Mentoringprogramm ist seit März 2015 erfolgreich von der DGM zertifiziert.

der Förderung der persönlichen Entwicklung der Mentees innerhalb ihres beruflichen Kontextes.

### **2.2.1 Mentoring in der Medizin**

Mentoring als Konzept zur Förderung der beruflichen und persönlichen Entwicklung wird auch in der medizinischen Profession genutzt. Medizinstudierende weisen einen hohen Grad an Stresserleben auf (Schulze und Wu 2013). An zahlreichen deutschen medizinischen Fakultäten wird daher Mentoring bereits von Beginn des ersten Semesters an oder ab dem klinischen Abschnitt des Medizinstudiums als Form der Unterstützung zur Orientierung und Entlastung der Studierenden gewählt. Die Form des Mentorings ist dabei verschieden. Es gibt peer-Mentoring für Erstsemester, beispielsweise das Programm *mecum-Mentor* der Ludwig-Maximilians-Universität München (von der Borch, Philip et al. 2008; von der Borch, Philip et al. 2011), das Gruppenmentoring für Medizinstudierende der Uni Wien (Hofhansl und Körmöczy 2014) und das Eins-zu-Eins-Mentoring an der Uni Düsseldorf (Tauber 2012).

In der Facharztweiterbildung gibt es deutlich weniger Angebote. Im deutschsprachigen Raum ist ein Mentoringprogramm zur klinischen und akademischen Karriereförderung junger Ärzte am Universitätsspital Zürich angesiedelt (Buddeberg-Fischer B, Beck-Schimmer B, Hornung R, Dietz C, Mattanza G, Klaghofer R 2005). Außerdem bietet der Hausärzteverband ein Matching von erfahrenen Hausärzten und Ärzten in Weiterbildung Allgemeinmedizin an (Deutscher Hausärzteverband).

### **2.2.2 Mentoring in der Allgemeinmedizin**

In der Allgemeinmedizin mangelt es bislang an Mentoringprogrammen. Bis auf das oben erwähnte Programm des Hausärzteverbandes, eines Mentoringangebotes der HESA und eines Mentoringprogramms für Studierende der DEGAM-Nachwuchsakademie (DEGAM) waren der Autorin vor Etablierung des Mentoringprogramms des Weiterbildungskollegs in Hessen keine weiteren Mentoringprogramme in der Allgemeinmedizin in Deutschland bekannt<sup>6</sup>. Dabei ist die Fachdisziplin Allgemeinmedizin geradezu prädestiniert für

---

<sup>6</sup> Während des Dissertationsprozesses entstanden durch die Unterstützung der Autorin weitere Mentoringprogramme für ÄiW Allgemeinmedizin an der Charité Berlin, in Mecklenburg-Vorpommern und in Thüringen.

Mentoring. Die allgemeinmedizinische Disziplin nimmt den ganzen Menschen in den Blick (DEGAM 2012). Ein Patient wird im Kontext seiner Lebenswelt, seiner körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung betrachtet. Der übliche Patientenkontakt besteht im Eins-zu-Eins Setting über einen langen Zeitraum, sodass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient entstehen kann. In Gesundheitsfragen vertrauen 93% der Menschen der Meinung ihres Hausarztes (Ernst & Young 2009). Im Idealfall wird der Patient in die Entscheidungsfindung für eine Therapie eingeschlossen. Der Hausarzt erfährt im Gegenzug Wertschätzung, Vertrauen und Verbundenheit durch seine Patienten. In der Allgemeinmedizin werden damit wichtige Prinzipien des Mentorings gelebt: Reziprozität und eine langangelegte, vertrauensvolle Beziehung zwischen einer erfahrenen Person (Arzt) und einer weniger erfahrenen Person (Patient). Gleichzeitig bietet der Beruf des Hausarztes einige spezielle Anforderungen. Der Hausarzt hat als erster Ansprechpartner für die Patienten und als „gate keeper“ (Abholz 2015) eine verantwortungsvolle Position, arbeitet häufig alleine ohne den alltäglichen Austausch mit Kollegen und ist zusätzlich mit der betriebswirtschaftlichen Aufgabe der Praxisführung beschäftigt. Insbesondere die Weiterbildung Allgemeinmedizin bietet weitere Hürden: Mehrfache Stellenwechsel mit der jeweils erneuten Einarbeitung in ein neues Fachgebiet, ein breites medizinisches Spektrum und nach der Facharztprüfung häufig der Schritt in die eigene Niederlassung. In vielen Situationen auf dem Weg in die eigene Praxis bietet sich der Kontakt zu einer erfahrenen Person an, die dadurch, dass sie viele der Hürden bereits gemeistert hat, unterstützen kann.

### **2.3 Themenzentrierte Interaktion (TZI)**

Als theoretischer Hintergrund für die Gestaltung der Mentoringgruppentreffen dient das Konzept der TZI. Die TZI geht zurück auf Ruth C. Cohn (1912-2010), eine in Deutschland geborene, jüdische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin, die nach ihrer Emigration in die USA auf der Suche nach einem Konzept war, welches dem „ursprünglich gesunden Menschen ein solches Leben ermöglicht, in dem er gesund bleiben kann“ (Langmaack 2004, S. 17). Um eine möglichst große Anzahl an Menschen zu erreichen, entwickelte sie ein Gruppenverfahren, die TZI, welche der Humanistischen Psychologie zugeordnet ist. Dabei steht der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit und seinem Erleben in der Gegenwart im Mittelpunkt. Die Gruppe bietet den Vorteil, dass zum einen mehr Personen als im Einzelsetting erreicht werden können und zum anderen geht Cohn davon

aus, dass ein Mensch sich selbst erst in Beziehung mit anderen erkennt und dementsprechend Interaktion mit anderen grundlegend für die persönliche Entwicklung ist.

### 2.3.1 Axiome und Postulate

Kennzeichnend für die TZI sind drei Axiome, die eine ethische Grundlage bilden: (1) das existentiell-anthropologische Axiom, welches den Menschen als eine psychobiologische Einheit und Teil des Universums beschreibt, welcher gleichermaßen autonom und interdependent ist, (2) das ethisch-soziale Axiom, nach dem Ehrfurcht allem Lebendigem und seinem Wachstum gebührt und (3) das pragmatisch-politische Axiom, welches auf die Bedeutung von innerer und äußerer Grenze für die freie Entscheidung hinweist (Langmaack 2004, S. 41 ff.).

Diese Axiome geben die Grundlage für eine wertschätzende Haltung und einen humanistischen Umgang miteinander. Zentral für den Umgang in der Gruppe sind die Postulate *Sei die chairperson deiner Selbst* und *Störungen nehmen sich Vorrang*.

Das Chairperson-Postulat ist eine „humanistische Forderung sich selbstbestimmt, selbstverantwortlich, selbstbewusst zu verhalten und sich nicht von Idealen oder Autoritäten bestimmen zu lassen“ (Röhling 2014, S. 95). Der unverändert aus dem Englischen ins Deutsche übernommene Begriff ist vielschichtig. Zum einen bedeutet er Leiter, Leitperson oder auch Lenker und Vorsitzender und meint damit die Leitung der eigenen Person. Analog zu Schulz von Thuns „inneren Team“ (Schulz von Thun, Friedemann 1998, S. 25), sieht auch Cohn verschiedene Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen und Anforderungen an eine Person gestellt. Im Sinne einer Chairperson fordert sie, dass Menschen sich ihrer inneren Gegebenheiten und ihrer äußeren Umwelt bewusst sind und als Vorsitzende ihrer „inneren Gruppe“ (Cohn 1975, S. 121) jede Situation als ein Angebot für ihre Entscheidungen nehmen. Dass diese Selbstverantwortung Grenzen hat, wird im oben genannten ersten Axiom deutlich. Durch die gleichzeitige Autonomie und Interdependenz der eigenen Umwelt sind auch dem eigenen Handeln und Entscheiden Grenzen gesetzt. Doch innerhalb dieser Grenzen fordert Cohn eine Selbstverantwortung und -leitung und dadurch auch Erweiterung dieser Grenzen.

Das Störungspostulat fordert die Teilnehmenden einer Gruppe auf, Störungen, seien es persönliche (wie innere Abwehr) oder sachliche (äußere Ablenkung oder Ereignisse), zu beachten und zu bearbeiten. Störungen sind „reale Zustände, die den bewussten Absichten und Aufgaben einer Gruppe entgegenarbeiten“ (Hoffmann 2014, S. 101). Werden diese

nicht beachtet, können sie den Arbeitsprozess einer Gruppe hemmen. Bearbeitete Störungen hingegen können unter Umständen den Blick auf wichtige Aspekte lenken und helfen, im Gruppengeschehen eine dynamische Balance (vgl. Kapitel 2.3.3) zu wahren. Das Störungspostulat wird jedoch häufig missverstanden. Es geht nicht darum, jede Regung von Gruppenteilnehmenden oder der Umwelt zu beachten, in den Vordergrund zu stellen und in der Gruppe zu diskutieren, vielmehr fordert das Postulat den Leitenden dazu auf, aufmerksam für Störungen zu sein, sie im Blick zu haben und anzusprechen, wenn dies für den Gruppenprozess förderlich ist (Kröger 2010). Die Teilnehmenden ihrerseits werden im Sinne ihrer Chairperson dazu angehalten, selbstverantwortlich mit dem Blick auf ihre inneren Gegebenheiten und ihre äußere Umwelt zu schauen, wann es wichtig ist, den anderen eine Störung mitzuteilen.

### **2.3.2 Partizipierende Leitung**

Das Leitungsverständnis der TZI ist zentraler Punkt in der TZI-Methodik. Cohn ging davon aus, dass der Leitende einer Gruppe sich selbst und die Gruppe leitet (Cohn 1975). Die oben genannten Axiome und Postulate kennzeichnen die Haltung des Gruppenleiters. Darüber hinaus hat er eine doppelte Rolle: Er ist sowohl mit seiner Person, seiner Chairperson, als Teilnehmender der Gruppe sowie als Leiter der Gruppe mit speziellen Aufgaben und Funktionen anwesend. Als Teilnehmender der Gruppe öffnet er sich selektiv authentisch mit seinen Gedanken und Vorstellungen den anderen Teilnehmenden der Gruppe. Diese selektive Authentizität beschreibt Cohn: „Alles was ich sage, soll echt sein. Jedoch ich wähle, was ich sage, situationsentsprechend“ (Cohn 1989, S. 49). Dabei wählt der Leiter aus, was von seinen Gedanken und Gefühlen förderlich für den Gruppenprozess ist. Mit dem Einbringen des eigenen Erlebens und dem Maß an Offenheit und Echtheit (auch in konfrontativem Sinne) setzt der Leiter den Teilnehmenden den Maßstab für die Offenheit in der Gruppe. Außerdem wird durch die Authentizität des Leiters dessen Machtposition abgebaut und Übertragungen entgegengewirkt. Er gibt den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich selbst echt zu zeigen und die eigene Chairperson zu stärken. Bevor der Leiter sich entscheidet, was, wozu und wie er sich äußert, muss er seine Aufmerksamkeit auf verschiedene Faktoren lenken: Er sollte die Erfüllung seines Auftrages, die inhaltlichen Ziele und den Gruppenprozess, die Realität des Umfeldes, die einzelnen Teilnehmer und sich selbst und seine Fähigkeiten nicht aus den Augen verlieren. (Langmaack 2004, S. 198 ff.)



Das partizipierende Leiten beinhaltet nicht nur Selbstaussagen, sondern auch Mitmachen bei Aufgaben oder Feedbackrunden, Anteilnehmen an den Erfahrungen und Problemen der Teilnehmenden und Involviertsein. Diese verschiedenen Aspekte des partizipierenden Leitens werden in verschiedenen Kontexten, wie beispielsweise in Hochschulseminaren, Firmenbesprechungen oder Teamtreffen, unterschiedlich umgesetzt. Je nach Zielsetzung, Rahmenbedingungen und Gruppenzusammensetzung wählt der Leiter, inwiefern er sich selber einbringt. (Hintner et al. 2014)

Leitungsinterventionen und die Rolle des Leiters ändern sich in verschiedenen Phasen des Gruppenprozesses. Ein gängiges in der TZI beschriebenes Modell zu Gruppenphasen ist das von Rubner & Rubner, in dem fünf Phasen beschrieben werden, die eine Gruppe durchläuft: Test- und Schnupperphase, Auseinandersetzungsphase, Vertrautheits- und Orientierungsphase, Integrations- und Kooperationsphase sowie als letztes die Ablösungsphase. Jede Phase unterscheidet sich in ihren Themen, den Wünschen und Bedürfnissen der Teilnehmenden, der Einstellung zur Leitung, dem Gruppengefüge und auch in den Leitungsinterventionen. Im Laufe der Phasen entwickelt sich ein Wir-Gefühl, die Teilnehmenden finden Halt und Sicherheit und können sich immer mehr mit ihren Wünschen einbringen. Eine Gruppe wird im Prozessverlauf arbeitsfähig und kann kooperativ eine Aufgabe ausüben, bevor sie nach Beendigung der Aufgabe in den Ablösungsprozess gerät. Die Leitung übernimmt am Anfang eine große Verantwortung, sorgt für klare Strukturen und gibt den Teilnehmenden Sicherheit und Orientierung. Sie achtet auf Konflikte und gibt die Möglichkeit, diese ans Licht zu holen. Von Seiten der Teilnehmenden wird die Leitung anfangs häufig idealisiert, danach kritisch betrachtet und überprüft und dann erst realistisch eingeschätzt. In der dritten und vierten Phase, in der Organisation und Kooperation im Vordergrund stehen, wird die Leitung eher als unwichtig erlebt. Sie hält sich zurück und fordert damit die Teilnehmenden auf, selber Leitungsverantwortung zu übernehmen. In der letzten Phase der Ablösung wird die Leitung wieder wichtiger, sie muss dafür sorgen, dass die Ergebnisse nicht verloren gehen, die Teamleistung würdigen und einen Abschied ermöglichen. (Rubner und Rubner 1993)

Die verschiedenen Phasen verlaufen nicht in jeder Gruppe in der modellhaften Reihenfolge. Die Phasen können variieren, einzelne Phasen übersprungen werden oder besonders lange präsent sein. Ziel ist eine kooperative Gruppe, die gemeinsam eine Aufgabe bearbeiten kann. Mittels Leitungsinterventionen kann die Gruppe in ihren verschiedenen Phasen beeinflusst werden, beispielsweise können unschwellige Konflikte

eine Kooperationsfähigkeit verhindern, sodass die Leitung für deren Offenlegung und Klärung sorgen sollte. (Klemmer 2014)

In Sinne der Anforderung, sich selbst und die Gruppe zu leiten, wählt der Leiter nicht nur aus, wie sehr er sich als Person mit eigenen Gedanken, Gefühlen und Erleben einbringt, sondern ist gleichzeitig durch die Setzung von Themen und Strukturen verantwortlich, die dynamische Balance im Blick zu halten. Auf dieses Modell wird im Folgenden eingegangen.

### 2.3.3 Das Vier-Faktoren-Modell

Neben der Grundhaltung und dem Leitungsverständnis verfügt die TZI über ein Handlungskonzept, das den Leitern und der Gruppe zur Planung und Reflexion von Gruppenprozessen behilflich sein kann: Das Vier-Faktoren-Modell. Abbildung 4 zeigt, in welchem Bezug die vier Faktoren zueinander stehen. ES, ICH und WIR sind gleichwichtige Faktoren, dargestellt durch ein gleichseitiges Dreieck, eingebettet in einen Kreis, den globe, die sich wechselseitig beeinflussen.

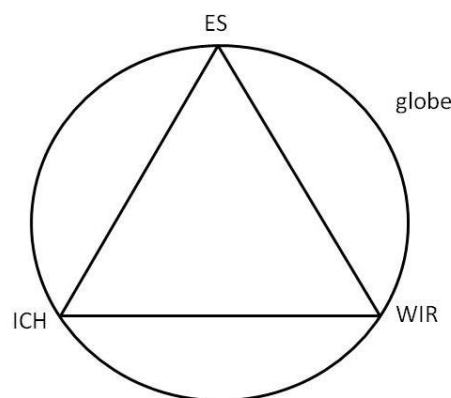


Abbildung 4: Das Vier-Faktoren-Modell der TZI

Im Folgenden werden diese zentralen Begriffe der TZI näher erläutert (Cohn 1993; Langmaack 2004; Klein 2011).

Eine Gruppe besteht aus mehr oder weniger vielen einzelnen ICHs, hiermit sind sowohl die ICHs der Teilnehmenden als auch der Leiter gemeint. Jedes ICH hat seine eigene Biografie, eigene Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse, Gedanken, Befürchtungen und eine eigene Motivation. Jedes ICH ist ständig in Entwicklung und je bewusster der Umgang des Individuums mit sich selbst ist, desto klarer und autonomer kann der Einzelne für sich entscheiden und seinen Lebensprozess gestalten.

Das WIR ist mehr als die Summe der Einzelnen. Ein WIR entsteht durch die Beziehungen und Interaktionen der ICHs untereinander. Das WIR enthält die Gruppenkultur und -normen, die Gruppenatmosphäre mit bewussten und unbewussten Interaktionen der Teilnehmenden untereinander (wie z.B. Konkurrenz, Neid, Vertrauen, Projektionen und Sympathien). Jedes ICH ist Teil verschiedener WIRs in dem Sinne, dass jeder Mensch sich in verschiedenen sozialen Beziehungen bewegt. Ein WIR entsteht nicht dadurch, dass der Einzelne sein ICH aufgibt, sondern wird stärker durch die Mitglieder, die sich mit ihrem ICH einbringen. Gleichzeitig ICH und im WIR zu sein kennzeichnet das erste Axiom der TZI – der Mensch ist zugleich autonom und interdependent.

Das ES ist die Sache, die Aufgabe, die eine Gruppe zusammenführt. Jede Sache hat eine Entstehungsgeschichte, Teilaufgaben und Ziele, denen sich die Gruppe gemeinsam widmet. Dabei muss beachtet werden, dass jedes ICH einen unterschiedlichen Bezug zum ES, eine andere Motivation, ein anderes Interesse, Wissen, Gedanken und Gefühle (z.B. Ängste, Widerstände oder Freuden) hat. Wenn eine Gruppe ihre gemeinsame Aufgabe, das ES, erfüllt hat, löst sich das WIR meist auf.

Der globe ist das Umfeld, die universale Umwelt, in der eine Gruppe sich bewegt. Hierzu gehören die Geschichte, die eine Gruppe hat und die Rahmenbedingungen, die eine Gruppe umgeben. Jede Gruppe findet an einem bestimmten Ort, zu einer bestimmten Zeit in einer bestimmten Kultur mit deren Geschichte und Regeln statt. Jeder der drei vorangegangenen Faktoren hat seinen eigenen globe, der ebenfalls in die Gruppe wirkt. Der globe ist manchmal präsenter und manchmal weniger präsent in der Arbeit mit Gruppen, kann jedoch nicht verschwinden. Die Beachtung des globe ist unabdingbar: „Wer den globe nicht kennt, den frisst er“ (Cohn 1975).

Die Postulate und das Vier-Faktoren-Modell geben den Rahmen und das Werkzeug, um „lebendiges Lernen“ (Cohn 1975, S. 111 ff.) in der Gruppe zu ermöglichen. Eine Gruppe ist dann arbeitsfähig, wenn zwischen allen vier Faktoren eine dynamische Balance herrscht. Die Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und einzelne Faktoren rücken immer wieder stärker in den Mittelpunkt als andere. Damit lebendiges Lernen möglich bleibt, ist es wichtig, dass auf Dauer keine Dysbalance zwischen den Faktoren herrscht. Die Balance zwischen ES-WIR-ICH unterscheidet die TZI von Therapiegruppen (bei denen der Fokus auf dem ICH oder WIR liegt) oder von akademischen Seminaren (mit Fokus auf dem ES) (Cohn 1975, S. 115 ff.).

Neben diesen vier Faktoren besitzt das Thema (Themenzentrierte (!) Interaktion) eine zentrale Bedeutung. Das Thema ist das „formulierte Anliegen“ (Langmaak 2004, S. 106),

welches in eine Gruppe gegeben wird und in den Fokus der Aufmerksamkeit gelangt. Das Thema kann, je nach Wahl der Leitung, einzelne Faktoren in den Mittelpunkt rücken. Die Wahl eines Themas sowie die Wahl einer geeigneten Struktur (wie beispielsweise Partnerarbeit, Einzelarbeit, Gruppenarbeit oder Vortrag) beeinflusst die Balance zwischen den vier Faktoren.

Die TZI als Gruppenkonzept mit einer Fokussierung auf die verschiedenen Faktoren sowie das Thema eignet sich als Methode für Mentoringtreffen für zukünftige Allgemeinmediziner. Im Gruppenmentoring steht die Interaktion der Gruppenmitglieder bezogen auf ihre berufliche und persönliche Weiterentwicklung im Vordergrund. Inwiefern das Handlungskonzept der TZI als Basis für die Planung, Leitung und Reflexion von Mentoringgruppen eingesetzt werden kann, wird in der Bedarfsanalyse und Post-Evaluation näher betrachtet.

### 3. Begründung des Forschungsdesigns und der Methoden

*„Man gewinnt mit Mixed-Methods, d.h., man kann ein komplexes Problem besser verstehen, wenn man beide Seiten beleuchtet, die quantitative des Zählens und die qualitative des Sinnverstehens.*

*(Kuckartz 2014, S. 53)*

In der vorliegenden Arbeit wurde zur Beantwortung der Fragestellung ein *Mixed-Methods*-Evaluationsansatz gewählt. Die Grafik stellt die eingesetzten Erhebungsinstrumente und deren zeitliche Abfolge dar.

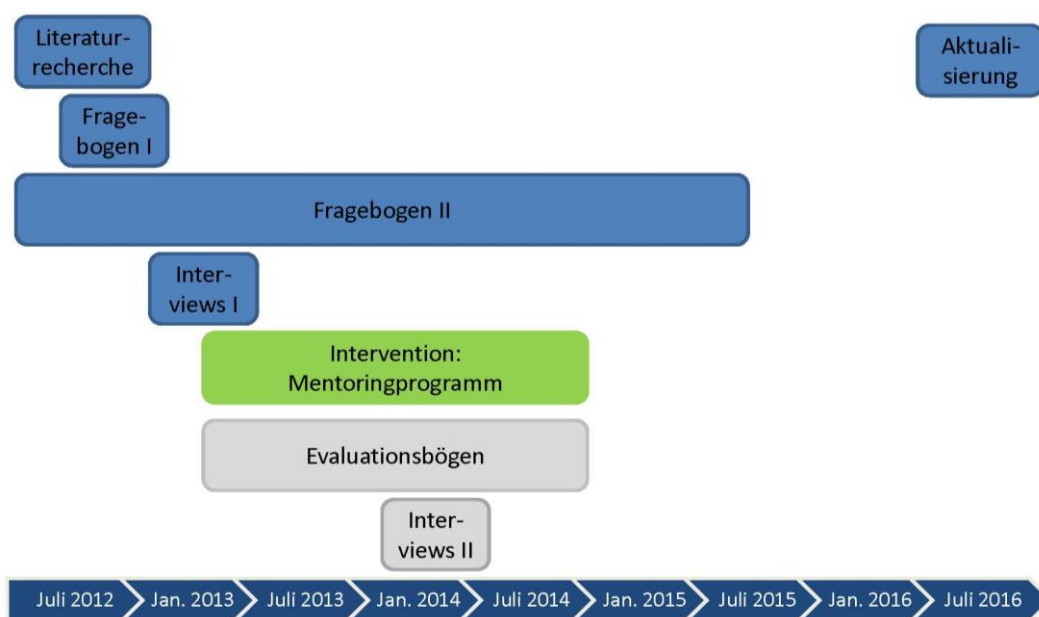


Abbildung 5: Zeitliche Übersicht über die Erhebungsinstrumente: Pre-Evaluation (blau) und Post-Evaluation (grau)

Für die Bedarfsanalyse wurden nach einer Literaturrecherche zwei Fragebögen entwickelt. Der erste Fragebogen wurde als Online-Version über den E-Mailverteiler der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADe) versandt. Der zweite Fragebogen wurde in Papierform über drei Jahre an alle hessischen Facharztprüfungsabsolventen Allgemeinmedizin direkt im Anschluss an ihre Prüfung ausgeteilt. Ebenfalls in die Bedarfsanalyse flossen 23 Interviews ein, die mit den Teilnehmenden der ersten zwei Mentoringgruppen vor Beginn des Mentoringprogramms geführt wurden. Das daraus resultierende Konzept wurde mittels Interviews mit denselben Teilnehmenden nach einem Jahr der Teilnahme am Programm sowie anhand von Evaluationsbögen, die nach jedem Mentoringtreffen ausgeteilt wurden, überprüft.

Die folgenden Unterkapitel geben eine Übersicht über Evaluationsstudien und den *Mixed-Methods*-Ansatz. Anschließend wird die Methodenwahl begründet und reflektiert.

### 3.1 Evaluation

Das Wort Evaluation stammt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie *bewerten* (Gollwitzer und Jäger 2009). In der Regel sind die meisten Menschen ununterbrochen am Bewerten, Vergleichen und Auswerten. Im Gegensatz zur alltäglichen Bewertung zeichnet sich wissenschaftliche Evaluation dadurch aus, dass es einen klar definierten Gegenstand gibt, der mit empirischen Datenerhebungsmethoden betrachtet wird. Die Bewertung erfolgt anhand festgelegter Kriterien durch qualifizierte Evaluatoren, um den Evaluationsgegenstand betreffende Entscheidungen zu fällen (Stockmann 2011). Hierbei gibt es eine Vielzahl an Evaluationsfeldern. Das Ziel von Evaluationsstudien „ist eine fundierte Bewertung von Maßnahmen, Programmen, Produkten etc. [...]; dort geht es also ebenfalls weder um das Generieren noch das Testen von Hypothesen“ (Kuckartz 2008, S. 62).

Für die Durchführung einer Evaluationsstudie spielen fünf Fragen eine Rolle: (1) Was (Gegenstand) wird (2) wozu (Zweck) (3) anhand welcher Kriterien (4) von wem (Evaluator) (5) wie (mit welchen Methoden) evaluiert? (Stockmann 2011). Diese fünf Fragen werden im Folgenden mit Blick auf das Dissertationsprojekt näher beschrieben.

- (1) In der vorliegenden Arbeit wird der Bedarf der ÄiW Allgemeinmedizin an Unterstützung und ein darauf zugeschnittenes Mentoringprogramm in Hessen untersucht. Jedes Programm besteht aus drei Elementen: Ausgangssituation, Intervention und Resultat. Im Rahmen einer wirkungsorientierten Evaluation werden Veränderungen von der Ausgangssituation zum Resultat als Folge der Intervention dargestellt. Dabei kann zwischen intendierten und nicht-intendierten Wirkungen unterschieden werden. Das Ziel der wirkungsorientierten Evaluation ist festzustellen, ob eine Intervention die intendierten Wirkungen auslöst oder nicht (Stockmann 2011). In Bezug auf das der Arbeit vorliegende Programm wurde zuerst der Bedarf der Ist-Situation der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hessen evaluiert (hier als Bedarfsanalyse, vgl. Kapitel 4), daraus folgte eine Intervention (Programmkonzeption und Durchführung, vgl. Kapitel 4). Die Intervention wurde mittels einer Programmevaluation formativen Charakters hinsichtlich ihrer Wirkung überprüft (Post-Evaluation, vgl. Kapitel 6).

- (2) Ziel (Zweck) ist die Gewinnung von Erkenntnissen über die Wirkzusammenhänge. Das Programm zielt auf eine Unterstützung der ÄiW zur Steigerung der Qualität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Die formative Evaluation bietet – im Gegensatz zur summativen Evaluation – den Vorteil der fortschreitenden Verbesserung und Qualitätsentwicklung:

„Evaluationen können unterschiedliche Leistungsschwerpunkte haben und damit unterschiedliche Zwecksetzungen anstreben. „Formative Evaluation“, deren Leistung es ist, die Gestaltung des Evaluationsgegenstandes zu begleiten, zielt vorrangig auf Verbesserungen. Sie soll den Verantwortlichen und Beteiligten helfen, den Evaluationsgegenstand und seinen Nutzen zu verbessern und Ressourcen möglichst gut einzusetzen.“ (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation 2008, S. 16)

Gleichzeitig ist es ein weiteres Ziel, anhand der Evaluation und des dargestellten Nutzens das Programm zu legitimieren, öffentlich zu machen und zu verbreiten.

- (3) Als Kriterien für die Durchführung einer Evaluation – sowie für das vorliegende Projekt – gelten nicht nur die in der wissenschaftlichen Forschung allgemein gültigen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität; zusätzlich hat die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) Standards für Evaluation entworfen, an denen sich die vorliegende Forschung orientiert. Evaluationen sollen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen: Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit. Zur Erfüllung der *Nützlichkeit* sollen im Vorfeld die betroffenen Personen bestimmt werden, der Evaluationszweck klar benannt und Informationen an alle Beteiligten gegeben werden. Hierbei spielt auch die Transparenz der erhobenen Werte sowie eine Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit der Berichterstattung durch einen oder mehrere fachlich kompetente Evaluatoren eine Rolle. Der *Durchführbarkeitsstandard* soll sicherstellen, dass eine Studie realistisch, gut geplant, kostenbewusst und effizient ist. Dabei sind die Auswahl von angemessenen Verfahren und eine hohe Akzeptanz aller Beteiligten wichtig. Der *Fairnessstandard* soll einen fairen und ethisch korrekten Umgang mit allen Beteiligten während des Evaluationsprozesses sicherstellen: Formale Vereinbarungen und Schutz individueller Rechte, Transparenz und Unparteilichkeit sind hierbei wichtige Merkmale. *Genauigkeitsstandards* stellen die Validität des Evaluationsgegenstandes sicher. Hierbei wird der Gegenstand in seinem Kontext anhand von transparenten Informationsquellen und der dokumentierten Vorgaben und Ziele beschrieben. Alle Informationen sollten valide und reliabel sein, die Daten systematisch

überprüft und analysiert werden, um begründete Schlussfolgerungen zu ziehen. (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation 2008)

- (4) Evaluationen können durch interne und externe Evaluatoren durchgeführt werden. Externe Evaluatoren bieten häufig eine größere Unabhängigkeit, Distanz und Legitimität. Interne Evaluatoren haben den Vorteil, dass Abläufe von vorneherein klar sind und dass diese Evaluationen häufig mit weniger Zeit und Geldaufwand verbunden sind. Sind interne Evaluatoren gleichzeitig mit der operativen Durchführung des Programms vertraut, spricht man von Selbstevaluation.

„Selbstevaluation birgt einige Besonderheiten, die im Hinblick auf die Standards für Evaluation eine Gewichtung einzelner Aspekte erfordert; insbesondere solcher, welche die Rolle der Evaluatorin bzw. des Evaluators und daraus abzuleitende spezifische Anforderungen betreffen“ (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation 2004).

Wenn, so wie in dem hier behandelten Projekt, der Gegenstand der Evaluation gleichzeitig die eigene Praxis des Evaluators/der Evaluatoren ist, so arbeiten diese mit doppelten Rollenforderungen. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, müssen neben der Einhaltung der für Evaluationen üblichen Standards weitere Merkmale beachtet werden: Gestaltungsspielräume und Evaluationsaufgaben sollten klar definiert und terminiert sein. Verantwortungsdelegationen und Verfahren hinsichtlich der Informationshoheit müssen besprochen werden und als notwendige Grundlage sind nicht nur finanzielle und zeitliche Ressourcen, sondern auch Vertrauen seitens der Leitung in die Evaluatoren notwendig. (DeGEval - Gesellschaft für Evaluation 2004)

- (5) Evaluationsstudien können sich qualitativer sowie quantitativer Methoden bedienen. Lange Zeit galten quantitative Werte als besonders aussagekräftig. Kuckartz et al. (Kuckartz 2008, S. 67 f.) hingegen beschreiben den Mehrwert qualitativ angelegter Evaluationen, die in acht Dimensionen dargestellt werden können:
- Die Perspektive der Teilnehmenden wird gefragt, das Verhalten, die Sichtweise und auch die Emotionen der Teilnehmenden werden deutlich, der Mehrgewinn ist die *Fallorientierung*, falschen Generalisierungen wird vorgebeugt.
  - Die Teilnehmenden können sich differenzierter äußern und die Daten sind komplexer. Das Konzept ist *ganzheitlich* und *komplex*, da auch die Art und Weise wie der Teilnehmende antwortet mit aufgenommen wird.



- Die Einbettung der Äußerungen in einen *Kontext* und in *Hintergründe* der Teilnehmenden wird möglich.
- Durch mehr Interpretationshinweise werden *Fehlinterpretationen* vermieden.
- In der qualitativen Befragung können konkrete Verbesserungsvorschläge erfolgen, sie ist handlungs- und *prozessorientiert*.
- Ein Interview weist einen hohen Grad an *Kommunikation* und *Interaktion* auf, durch den persönlichen Kontakt fühlen sich die Befragten wertgeschätzt.
- Die Sichtweise der Befragten zählt. Aufgrund der persönlichen Befragung entsteht ein gewisser Begründungszwang, die Antworten werden *konsistenter* und *authentischer* als in einer quantitativen Erhebung.
- Eine offene und persönliche Erhebung *vermeidet verborgene Normativität*.

Qualitative als auch quantitative Methoden bieten Vor- und Nachteile, sodass in den letzten Jahren auch in der Evaluationsforschung häufig der sogenannte *Mixed-Methods*-Ansatz diskutiert wird. In einem *Mixed-Methods*-Design können die Vorteile der qualitativen Erhebung die Ergebnisse der quantitativen Erhebung ergänzen und vertiefen. Das der Arbeit vorliegende Design wird im folgenden Kapitel konkret dargestellt.

### 3.2 Mixed-Methods-Design

Seit den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts werden empirische Methoden in qualitative und quantitative unterteilt. Längere Zeit schien es in der geistes- und sozialwissenschaftlichen Forschung nur möglich, sich entweder für qualitative oder quantitative Methoden zu entscheiden. Es entwickelte sich eine starke Trennung und Ausdifferenzierung beider Ansätze, die in Kontroversen zwischen den beiden Paradigmen<sup>7</sup> zum Ausdruck kam. Erst seit den 80er Jahren wird eine Integration und Kombination beider Methoden unter den Bezeichnungen Methodenintegration, Triangulation, Methodenkombination oder nun auch *Mixed-Methods* zunehmend diskutiert. (Kuckartz 2014, S. 29) Die alte Dualität wird hierbei überwunden zugunsten einer „third methodological movement“ (Tashakkori 2003). Hintergrund dieser Debatte ist eine sich verändernde Forschungspraxis, möglicherweise resultierend aus der gesellschaftlichen

---

<sup>7</sup> Die Diskussion um den Begriff des ‚Paradigma‘ und die Bezeichnung von *Mixed-Methods* als drittes Paradigma ist eine spannende, die jedoch an dieser Stelle nicht weiter behandelt werden kann. Hierzu sei auf Kuckartz (2014, S. 37 ff.) verwiesen.

Entwicklung hin zu Komplexität. Heute werden Forschungsgegenstände derart konstruiert, dass man ihnen sowohl qualitative als auch quantitative Aspekte zuspricht. Entscheidend ist daher nicht die Methodenwahl, sondern die Formulierung der Forschungsfrage. Die Methode sollte entsprechend der Forschungsfrage und der dahinterstehenden sozialen und gesellschaftlichen Probleme angemessen gewählt werden. Demnach erfordert eine komplexe Forschungsfrage eine multiperspektivische Erhebung. (Kuckartz 2014, S.50-52)

In der quantitativen Forschung wird von numerischen Daten ausgegangen, die mit standardisierten Instrumenten erhoben werden und dem Modell des naturwissenschaftlichen Messens folgen. Von einer Stichprobe wird auf die Grundgesamtheit geschlossen. Demgegenüber stehen qualitative Daten. Diese sind nicht numerisch, beziehen den Forschungsteilnehmer, seine Sichtweise und biografischen Bezüge mit in die Forschung ein (bspw. durch Interviews, offene Fragebögen, Fokusgruppen) und postulieren Offenheit und Authentizität. (Kuckartz 2014, S. 28) Das Ziel qualitativer Forschung ist die „empirisch begründete Formulierung solcher subjekt- und situationsspezifischer Aussagen“ (Flick 2004, S. 26).

Der grundlegende Gedanke für *Mixed-Methods*-Designs ist, dass beide Methoden miteinander kombinierbar sind und es einen Mehrwert bei der Verwendung verschiedener Methoden gibt. Beispielsweise können zusätzlich zur quantitativen Erhebung qualitative Daten genutzt werden, um die Ergebnisse der quantitativen Erhebung besser zu verstehen. Der Vorteil besteht darin, dass die Stärken beider Methoden vereint werden und neue Ergebnisse durch die multiperspektivische Betrachtung des Forschungsgegenstandes gewonnen werden. Auf der anderen Seite bringt die Integration auch neue Anforderungen für die Forschenden, insbesondere weil Stärken und Schwächen der Methodenintegration noch vielfach diskutiert werden und es (noch) an Indikatoren für den Einsatz von *Mixed-Methods* mangelt (Kelle 2010; Wrona und Fandel 2010). Wichtig für die Nutzung dieses integrativen Ansatzes ist jedoch vor allem die Gegenstandsangemessenheit, die die Wahl des Methodendesigns bestimmen sollte.

In der Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden gibt es zahlreiche Varianten: Die Integration beider Methoden kann in unterschiedlichen Phasen des Forschungsprozesses (Entwicklung der Fragestellung, Auswahl der Stichprobe, Datenerhebung, Auswertung und Veröffentlichung) stattfinden und eine unterschiedliche Priorisierung von qualitativen und quantitativen Methoden haben. Abhängig von der oder den Phase(n), in denen die Integration beider methodischen Zugänge stattfindet, sowie deren Verknüpfung miteinander, kann von einer Integration im engeren oder weiteren

Sinne gesprochen werden. Eine enge Integration wird vor allem in der Datenauswertung deutlich: Hier zeigt sich, ob es dem Forschenden gelingt, nicht nur Ergebnisse aus qualitativer und quantitativer Forschung einzubeziehen, sondern diese auch miteinander zu verbinden und die Zusammenhänge deutlich werden zu lassen (Brake 2011, S. 49 f.).

Im gesamten Forschungsprozess können die Methoden aufeinander folgend (sequentielle Designs) oder parallel (simultane Designs) eingesetzt werden. Je nach Autor werden verschiedenste Arten von Forschungsdesigns unterschieden. Im Folgenden wird die Unterscheidung nach Kuckartz (2014) gewählt. Dieser unterscheidet zwischen dem Parallelen Design, dem Sequentiellen Design (darunter Vertiefungsdesign und Verallgemeinerungsdesign), dem Transferdesign und dem Komplexen Design, das verschiedene Typen aufweist.

Der vorliegenden Arbeit liegt ein komplexes Design zu Grunde, wie dies häufig in Evaluationsstudien der Fall ist (Kuckartz 2014, S. 95). In der Pre-Evaluation (Bedarfsanalyse) dienen die systemische Literaturrecherche und der Fragebogen I, der sowohl qualitative, als auch quantitative Elemente enthält, als Basis für die Erstellung des Interviewleitfadens im Sinne eines sequentiellen Vertiefungsdesigns (vereinfacht: quant → QUAL). Parallel dazu wurde Fragebogen II eingesetzt. Die Post-Evaluation des Mentoringprogramms wurde als zweiphasiges, paralleles Design durchgeführt (quant + QUAL). Sowohl in der Pre- als auch in der Post-Erhebung hat die qualitative Methode Priorität vor der quantitativen. In einem weiteren Schritt werden beide Phasen durch den Vergleich der Veränderungen in den Einstellungen der Interviewpartner über den Zeitraum sowie anhand einer Typenbildung miteinander verbunden.

In Bezug auf die Forschungsfrage, die sowohl qualitative als auch quantitative Elemente beinhaltet, war ein Design notwendig, das der Komplexität des Themas gerecht wird, und eine Methode (die qualitative Inhaltsanalyse), die so offen ist, dass auch Unvorhergesehenes entdeckt werden konnte. Während der Pre-Evaluation konnten die aus den Fragebögen gewonnen Ergebnisse durch die Interviews und die damit verbundene vielschichtige Perspektive der Teilnehmenden vertieft werden und wichtige Aspekte, die zur inhaltlichen Konzeption des Mentoringprogramms dienten, gewonnen werden. In der Post-Evaluation wurde das Programm aus zwei verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, um ein möglichst umfassendes Bild auf das Programm zu erhalten: Die Ergebnisse der Evaluationsbögen zeigen Trends, die durch die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews mit den Teilnehmenden erklärt werden können.

### 3.3 Reflexion des Forschungsdesigns

Das in der vorliegenden Arbeit gewählte Design ist ein komplexes Design, welches Kompetenzen in der Planung, Durchführung und Auswertung der verschiedenen Erhebungsinstrumente und Methoden erfordert. Die Kombination verschiedener Erhebungsinstrumente und Methoden erlaubt eine zuverlässigere und eindeutiger Interpretation der Ergebnisse. Die Nutzung von qualitativen als auch quantitativen Methoden ermöglicht einen umfassenden Blick auf die Problemlage und kann nicht nur einen möglichen Bedarf feststellen, sondern auch Gründe für diesen nennen. Damit ist ein methodisches Design gewählt, welches der Vielschichtigkeit der Fragestellung gerecht wird und Perspektiven verschiedener Beteiligten einfängt. Neben dem Beherrschen der verschiedenen Methoden erfordert das Design vom Forschenden, eine Unvoreingenommenheit bezüglich beider Forschungstraditionen, den Überblick über den Forschungsprozess zu behalten und die verschiedenen Methoden in für die Forschungsfrage sinnvollen Phasen des Forschungsprozesses miteinander zu verbinden. Für eine enge Verzahnung werden im gesamten Forschungsprozess die Ergebnisse beider Methoden miteinander verzahnt. Diese Integration erfordert eine hohe Reflexion und tiefes Verständnis über den Untersuchungsgegenstand (Brake 2011, S. 60).

Das Dissertationsprojekt wurde von der Autorin geplant, durchgeführt und ausgewertet. Diese Selbstevaluation stellt die Forschende vor eine doppelte Rollenanforderung: Sie ist zugleich Forscherin als auch Beforschte, sodass eine Reflexion dieser Rolle unabdingbar ist. Die Vorteile der Selbstevaluation liegen darin, dass interne Evaluatoren bereits mit Abläufen und Zusammenhängen vertraut sind, über großes Hintergrundwissen verfügen und selbstständig den Zugang zum Feld herstellen können. Außerdem sind interne Evaluatoren häufig kostengünstiger. Auf der anderen Seite ist durch die eigene Involviertheit die Abgrenzung der Rollen (auch gegenüber den Teilnehmenden) erschwert und erwartete Ziele werden wahrscheinlicher, sodass diese regelmäßig kritisch hinterfragt werden sollten.

Um dem vorzubeugen, werden an verschiedenen Stellen im Forschungsprozess eigene Gedanken und Gefühle, demnach die eigene Subjektivität, festgehalten. Während der Interviews geschieht dies durch das Interviewprotokoll. Diese Angaben können dadurch mit in die Interpretation der Ergebnisse einfließen.

Die Befragten der Fragebögen I und II sind der Forscherin unbekannt. Die Teilnehmenden der Interviewbefragung hingegen kennen die Forscherin und können dadurch unter Umständen in ihrem Antwortverhalten beeinflusst werden. Zum ersten Interviewzeitpunkt war den meisten Befragten die Forscherin nur von einem Einführungstag bekannt. Zwei Personen kannten die Forscherin bereits aus anderen, eher förmlichen Zusammenhängen. Zum ersten Zeitpunkt scheint daher der Kontakt zur Forscherin unproblematisch.

Beim zweiten Interviewzeitpunkt haben die Teilnehmenden die Forscherin nicht nur in der Zwischenzeit als Leiterin von je vier Gruppentreffen erlebt, sondern gelegentlich auch bei anderen Veranstaltungen des WBK. Zum zweiten Interviewzeitpunkt wurde nicht nur nach den eigenen Erfahrungen, sondern auch nach der Wahrnehmung der Gruppenprozesse und nach der Zufriedenheit mit den Mentoren gefragt. An dieser Stelle fragt die Forscherin die Teilnehmenden nach einer Bewertung des von ihr gestalteten Programms und sogar zu ihrer Person. Hier besteht die Gefahr einer Positivdarstellung der Antworten. Auf der anderen Seite bietet die in dem Jahr aufgebaute Beziehung zur Forscherin den Vorteil, dass die Teilnehmenden auf einer vertrauensvollen Basis befragt werden, sich dadurch öffnen und ohne Hemmungen von ihrer Situation berichten können. Um einer Hemmung bei der Bewertung des Programms und der Mentoren entgegenzuwirken, wurden die Teilnehmenden zu Beginn des Interviews explizit darauf hingewiesen, dass das Interview im vertraulichen Rahmen stattfindet und dass Kritik erwünscht sei. Ein Wechsel der Interviewerin hätte die Situation ebenfalls beeinflusst, den Teilnehmenden hätte die vertrauensvolle Beziehung gefehlt, Vorwissen wäre abhandengekommen und die Ergebnisse dadurch beeinflusst worden. Aus Sicht der Forschenden überwiegen daher die Vorteile des persönlichen Kontaktes zur Interviewerin gegenüber einer möglichen Beeinflussung. Im Vergleich der Ergebnisse der anonym ausgefüllten Evaluationsbögen mit den Ergebnissen des Interviews II lässt sich außerdem erkennen, ob eine starke Positivdarstellung in den Interviews aufgrund des Rollenkonfliktes vorliegt. Da die Ergebnisse der Evaluationsbögen die der Interviews bestätigen, ist davon auszugehen, dass keine Positivdarstellung die Ergebnisse verfälscht.

Eine Methodenreflexion erfolgt sowohl am Ende der Pre- als auch der Postevaluation.

## 4. Bedarfsanalyse (Pre-Evaluation)

*„dass sich jemand ja überhaupt für einen Assistenzarzt interessiert, das ist ja was ganz Besonderes“*

*(EfM\S05\_2013: 49)*

Um ein nutzerorientiertes Programm zu entwickeln, wird bereits vor der Pilotphase des Mentoringprogramms anhand verschiedener Methoden erhoben, ob und welcher Art ein Bedarf an persönlicher Unterstützung der Ärzte während ihrer allgemeinmedizinischen Weiterbildung besteht.

Neben einer systematischen Literaturrecherche nach international bestehenden persönlichen Unterstützungsangeboten für ÄiW Allgemeinmedizin wurden daher zwei Fragebögen entwickelt, eingesetzt und ausgewertet, um den Bedarf und die Wünsche der ÄiW in Bezug auf Unterstützung zu ermitteln<sup>8</sup>. Außerdem wurde mit den ersten 23 Teilnehmenden des Mentoringprogramms vor Start des Programms ein leitfadengestütztes Interview geführt. Diese Bedarfsanalyse wird im Folgenden dargestellt.

### 4.1 Systematische Literaturrecherche

Zu Beginn der Entwicklung des Mentoringprogramms erfolgt eine systematische Literaturrecherche in den medizinischen Datenbanken PubMed und MedPilot. Diese wird ergänzt durch Handrecherchen. Ziel dieser umfassenden Recherche nach weltweiten Unterstützungsangeboten ist zu erfahren, was bereits über den Untersuchungsgegenstand bekannt ist, ob es Mentoringprogramme für ÄiW Allgemeinmedizin in Deutschland gibt und einen Überblick über verschiedene internationale Modelle zu haben, um daraus Ideen für ein Modell in Deutschland zu entwickeln. Die Ergebnisse der Recherche dienen darüber hinaus der Entwicklung der Items für die Fragebögen.

#### 4.1.1 Methode

Seit Juli 2012 wurde in PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), einer englischsprachigen textbasierten Meta-Datenbank mit medizinischen Artikeln, nach verschiedenen Unterstützungsprogrammen für ÄiW Allgemeinmedizin recherchiert.

---

<sup>8</sup> Die Ergebnisse der beiden Fragebögen wurden bereits in gekürzter Form von der Autorin publiziert, vgl. Broermann et al. (2014).

Die aus der systematischen Recherche entstandene Suchstrategie wurde mehrfach wiederholt und zuletzt am 10.04.2014 aktualisiert.

Die Suche umfasste alle relevanten englischen Begriffe zur Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin und verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung. Die verschiedenen Bausteine der Suche wurden logisch anhand der sogenannten Booleschen Operatoren (Franke 2010) OR, AND und NOT miteinander verknüpft. Um alle individuellen Unterstützungsangebote mit einzubeziehen wurde dafür nach den trunkierten Begriffen (Franke 2010) „mentor\*“, „counsel\*“, „coach\*“ oder „advis\*“ gesucht (verknüpft durch OR: 169399 Treffer). Um den international verschiedenen Wortgebrauch zur Allgemeinmedizin gerecht zu werden, wurden neben „general practice“ auch die Begriffe „family medicine“, „general medicine“ und „primary care“ einbezogen (verknüpft durch OR: 158131 Treffer). Ebenso wurde der Begriff der Weiterbildung in verschiedenen Varianten übersetzt: „vocational training“, „postgraduate training“, „trainee“ und „special\* training“ sowie mit „NOT undergraduate“ verknüpft (verknüpft durch OR: 16685 Treffer). Bei der ersten Durchsicht fielen einige Artikel zur zahnärztlichen Medizin ins Auge, daher wurden diese anhand des Booleschen Operators „NOT dental“ aussortiert.

Die daraus entstandene Suchstrategie ergab bei der letzten Aktualisierung am 10.04.2014 120 Treffer.

Tabelle 1: Übersicht über die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche. Stand 10.04.2014

Suchnummer	Suchbegriff(e)	Anzahl der Treffer
#22	Search #21 NOT #20	120
#21	Search #19 AND #12 AND #5	136
#20	Search dental	427786
#19	Search #17 NOT #18	16685
#18	Search undergraduate	33627
#17	Search #13 OR #14 OR #15 OR #16	17610
#16	Search trainee*	13356
#15	Search "postgraduate training"	2282
#14	Search "vocational training"	1463
#13	Search "special* training"	955
#12	Search #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	158131
#11	Search GPs	14620
#10	Search GP	31278
#9	Search "primary care"	83519
#8	Search "general practice"	44100

#7	Search "general medicine"	7372
#6	Search "family medicine"	4
#5	Search #1 OR #2 OR #3 OR #4	169399
#4	Search advis*	59033
#3	Search counsel*	93506
#2	Search coach*	6463
#1	Search mentor*	14229

Ergänzend wurde am 14.04.2014 dieselbe Suchstrategie bei der Meta-Suchmaschine MedPilot eingegeben. MedPilot bezieht über die Medline-Suche hinaus andere Datenbanken, auch deutsche, in die Suche mit ein. Die Suche ergab 135 Treffer, und damit 15 weitere Treffer, die über Medline (PubMed) nicht erfasst wurden.

Alle Artikel wurden von der Autorin auf ihre Wichtigkeit und Passung zur Fragestellung überprüft.

Dabei spielten folgende Kriterien eine Rolle:

1. Der Artikel handelt von der allgemeinmedizinischen Weiterbildung.
2. Es wird irgendeine Art von Unterstützungsangebot genannt.

Ergänzend wurden Handrecherchen mit der Suchmaschine „Google“ sowie direkt auf betreffenden Homepages durchgeführt. Hierbei wurde speziell nach den Ländern recherchiert, in denen bei der systematischen Recherche zuvor bereits Artikel gesichtet wurden.

#### 4.1.2 Ergebnisse

Die 120 Treffer der systematischen Literaturrecherche wurden anhand ihrer Titel und Abstracts auf ihre Relevanz in Hinblick auf die Fragestellung untersucht. Fast die Hälfte (n=59) der 120 Treffer bei PubMed wurde in den vorangegangenen fünf Jahren publiziert, 23 Artikel stammen aus den Jahren 2013 und 2014. Im Hinblick auf die Fragestellung und die oben genannten Kriterien sind 16 Artikel ergebnisrelevant (Stand 10.04.2014).<sup>9</sup> Die ergänzende Recherche bei MedPilot brachte einen weiteren relevanten Artikel, dieser ist in Tabelle 2 mit einem \* gekennzeichnet.

---

<sup>9</sup> Eine nochmalige Durchführung der Suche am 17.08.2016 ergibt weitere 28 Treffer (gesamt 148) in der Datenbank PubMed und insgesamt 158 Ergebnisse bei MedPilot (mittlerweile Livio). Bei dieser erneuten Sichtung fiel ein weiterer relevanter Artikel auf, dieser ist in der Tabelle mit \*\* gekennzeichnet.



Bei der Sichtung der Literatur fiel auf, dass sich die einzelnen Artikel stark voneinander unterscheiden und prinzipiell zwei verschiedenen Kategorien zugeordnet werden können: Kategorie I beinhaltet Artikel, die sich auf einen Wunsch oder Bedarf an Unterstützung, beispielsweise in Form von Mentoring oder Supervision, der ÄiW zum Facharzt für Allgemeinmedizin beziehen. Teilweise besteht Unterstützungsbedarf in Bezug auf eine bestimmte Zielerfüllung, wie z.B. Unterstützung der ÄiW zur eigenen Niederlassung. Es wird der Wunsch nach Einzelunterstützungen und Unterstützungsformen in der Gruppe sowie Unterstützung durch Erfahrene, als auch durch „peers“ genannt. Kategorie II umfasst die Artikel, in denen bereits bestehende Unterstützungsprogramme beschrieben werden (siehe Tabelle 2).

Nicht berücksichtigt in der Auswahl wurden Artikel, bei denen es sich um Studierende oder bereits niedergelassene Allgemeinmediziner sowie ÄiW anderer Fachrichtungen handelt. Des Weiteren wurden die Artikel ausgelassen, bei denen der Fokus auf dem Erlernen von kommunikativen und beraterischen Kompetenzen sowie auf karrierefördernde Unterstützung im Rahmen der allgemeinmedizinischen Forschung lag.

Tabelle 2: Relevante Artikel der systematischen Literaturrecherche. Stand 10.04.2014

Kategorie	Relevante Artikel
I: Wunsch oder Bedarf an Unterstützung wird benannt	Hays 1990, Australien Nielsen und Tulinius 2003, Dänemark Smith et al. 2000, UK O'Shea 2009, Irland Markuns et al. 2009, USA Thomson et al. 2011, Australien Anderson et al. 2011, UK Sargeant et al. 2011, UK Rickard et al. 2012, UK McKenzie et al. 2013, Australien Sturgiss et al. 2013, Australien Steinhaeuser et al. 2013, Deutschland Silberberg et al. 2013, Australien Agius et al. 2014, UK Ferguson et al. 2014 Schottland**
II: Bestehende Unterstützungsprogramme	Markakis et al. 2000, USA Sagasser et al. 2012, Niederlande Sonntag 2004, UK*

Die Resultate zeigen, dass es international wenige Publikationen zum Thema Mentoring in der Weiterbildung Allgemeinmedizin gibt. Es überwiegen Publikationen, die einen Bedarf oder Wunsch nach Mentoring kennzeichnen, nur wenige Publikationen (n=3) beschreiben

ein Mentoringprogramm. Diese unterscheiden sich allerdings sehr stark von den bestehenden hessischen Rahmenbedingungen und können daher nicht als Vorbild genutzt werden.

Ergänzende Handrecherchen bei der Suchmaschine Google, in Kongressmappen und auf Homepages verschiedener Anbieter von Weiterbildungsprogrammen lieferten Hinweise auf weitere Programme, beispielsweise das Mentoringprogramm am Universitätsspital Zürich (Buddeberg-Fischer B, Beck-Schimmer B, Hornung R, Dietz C, Mattanza G, Klaghofer R 2005). In Deutschland existieren einige Mentoringprogramme für Medizinstudierende, hier sticht das Mentoringprogramm MeCum-Mentor der Ludwig-Maximilians-Universität München hervor (von der Borch, Philip et al. 2011). Aus beiden Mentoringprogrammen fließen Ideen mit in die Planung des Mentoringprogramms des WBK Hessen ein.

## **4.2 Fragebogen I (JADe)**

Um den Bedarf an einem Unterstützungsangebot wie Mentoring, und vor allem die konkreten Bedürfnisse der Teilnehmenden an Inhalten, Art der Unterstützung und Strukturen für ein Mentoringprogramm zu erfassen, wurde im Juli 2012 ein Online-Fragebogen über den E-Mailverteiler der *Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands* (JADe) herausgegeben.

### **4.2.1 Methode**

In einer halbstündigen pre-pilot-focus-group (Flick 2011, S. 259) mit 14 Teilnehmenden eines PJ-Kurses wurden verschiedene Aspekte eines möglichen Mentoringprogramms in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung diskutiert. Neben dieser Diskussion bildeten die Ergebnisse der Literaturrecherche, eigene Überlegungen und Gespräche mit Experten der allgemeinmedizinischen Weiterbildung (Telefonat mit der Vorsitzenden der JADe am 27.06.2012; Gespräche mit einer jungen fertigen Fachärztin für Allgemeinmedizin und einem erfahrenen Facharzt für Allgemeinmedizin am 20.06.2012) die Grundlage für die Erstellung eines Fragebogens zum Bedarf an Mentoring in der Weiterbildung Allgemeinmedizin. Dieser Fragebogen wurde in einer Expertenrunde, bestehend aus einer Diplom-Psychologin, zwei Diplom-Pädagoginnen und einem Facharzt für Allgemeinmedizin, besprochen, als Online-Fragebogen mit Hilfe der Software LimeSurvey erstellt und durch wissenschaftliche und administrative Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt am Main bezüglich seiner Funktionalität getestet.

Die Umfrage enthielt neben demographischen Angaben offene Fragen zu Formen des Mentoring, Häufigkeit der Treffen, wichtige Themen im Mentoring, Zusammensetzung einer Mentoringgruppe und zwei quantitative Fragen zu bereits bestehenden Mentorenbeziehungen (dichotome Antwortmöglichkeit: ja/nein) und zur Rolle des Mentors (neun vorgegebene Antwortmöglichkeiten, Mehrfachauswahl möglich).

Dieser Online-Fragebogen wurde am 09.07.2012 über den E-Mailverteiler der JADe (N=238) versandt und war bis zum 10.08.2012 den ÄiW und jungen Fachärzten für Allgemeinmedizin (Fachärzte Allgemeinmedizin, die ihre Weiterbildung vor max. fünf Jahren abgeschlossen haben) zur Teilnahme verfügbar.

Die Auswertung der quantitativen Fragen erfolgte deskriptiv mit Hilfe des Statistik-Programms SPSS (IBM statistics, Version 19). Die offenen Fragen wurden mit Hilfe des Programms MAXQDA (Version 11) zur qualitativen Datenauswertung bearbeitet. Das Verfahren orientierte sich am Thematischen Codieren (Kuckartz 2010, S. 84 ff.). Dabei wurden die Hauptkategorien deduktiv und die Subkategorien induktiv aus den Antworten zu den jeweiligen Fragen entwickelt.

#### 4.2.2 Ergebnisse

Im oben genannten Zeitraum hatten über den Mailverteiler der JADe 238 ÄiW und Junge Allgemeinmediziner die Möglichkeit, an der Befragung teilzunehmen. Davon flossen 29 vollständige Fragebögen (Rücklauf 15,5%) in die Auswertung ein.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe, Fragebogen JADe (n=29)

Anteil Frauen	66,7%
Anteil Männer	33,3%
<b>Anteil der Teilnehmenden mit abgeschlossener Weiterbildung</b> (max. fünf Jahre nach der Facharztprüfung)	46,4%
- davon Frauen	58,3%
Durchschnittliche Abschlusszeit der Facharztprüfung	1,6 Jahre
<b>Anteil der Teilnehmenden in Weiterbildung</b>	53,6%
- davon Frauen	73,3%
Durchschnittliche Weiterbildungszeit	32,5 Monate
<b>Durchschnittsalter aller Teilnehmenden</b>	34,9 Jahre
- Durchschnittsalter der jungen Fachärzte	39,3 Jahre
- Durchschnittsalter der ÄiW	31,3 Jahre

Im Folgenden werden die Ergebnisse des JADe-Fragebogens dargestellt.

Auf die Frage „Hatten/Haben Sie während Ihrer Weiterbildung eine/n Mentor/in?“ antworteten lediglich 14,3% (n=4) der Teilnehmenden, dass sie während ihrer Weiterbildung einen Mentor hatten, der Großteil (85,7%; n=25) hingegen hatte keinen Mentor zur Seite stehen. Den vier Personen, die angaben, einen Mentor während ihrer Weiterbildung gehabt zu haben, wurden weitere Fragen gestellt:

- a) *Wie ist der Kontakt zu Ihrem/r Mentor/in entstanden?*
- b) *In welcher Form fand das Mentoring statt?*
- c) *In welcher Art und Weise hat Ihr/e Mentor/in Sie unterstützt?*

Einer Person wurde ein Mentor durch ein Rotationsprogramm an einem Institut für Allgemeinmedizin zugewiesen, den sie ein bis zweimal jährlich zu Themen wie Karriereplanung, Zeitmanagement und gezieltem Aufarbeiten komplexer Patientenfälle trifft. Eine weitere Person berichtet, dass jeder AiW einen Mentor in der Klinik zugewiesen bekommt. Im Rahmen von wöchentlichen Treffen von einer Stunde werden Fälle diskutiert sowie Überweisungen und Konsultationsdokumente quergelesen. Eine dritte Person bekam einen Mentor für ein einmaliges Treffen zwecks Beratung über die HESA. Die vierte Person hatte einen Mentor dank „*privatem Engagement*“. Mittels Telefon und Mailkontakt half der Mentor bei Konflikten und Entscheidungen zur Organisation der Weiterbildung.

Als Nächstes folgte eine offene Frage zum idealen Mentoring. Die Antworten (n=24) bezogen sich auf folgende Kategorien: Rahmenbedingungen, Turnus, Beziehung zwischen Mentor/Mentee, Rolle des Mentors und Themen, die während der Treffen besprochen werden sollten.

Besonders häufig wurden Aussagen zum Turnus der Treffen gegeben. 15 Personen trafen Aussagen, die auf regelmäßige Treffen hindeuten, insbesondere im Abstand von zwei bis sechs Monaten. Zwei Teilnehmende äußerten den Wunsch nach einer Ergänzung der regelmäßigen Treffen nach Bedarf und nur ein Teilnehmender würde sich gerne nur nach Bedarf treffen.

Die Hälfte der Teilnehmer (n=14) sprach Themen an, die während der Treffen besprochen werden sollten. Darunter fielen zu fast gleichen Anteilen fachliche Fragen (n=6), wie zum Beispiel „*Die Weiterbildungsassistenten sollten auch auf die Verordnungen im ambulanten Bereich zB Heilmittel, Hilfsmittel besser vorbereitet werden.*“, persönliche Fragen (n=6) („*wie es mir geht, ob ich an der aktuellen Stelle was lernen kann, ob es irgendwelche Probleme gibt*“) und organisatorische

Fragen (n=7), wie zum Beispiel „*Einführung in Abrechnung und Praxisführung, etc*“ und „*Beratung, wo und wann welche Inhalte wichtig sind*“.

Von zwölf Teilnehmern wurde außerdem die Rolle des Mentors angesprochen. Dieser sollte erfahrener Facharzt für Allgemeinmedizin und kompetent in organisatorischen und die Weiterbildung betreffenden Fragen sein. Zwei Aussagen bezogen sich darauf, dass der Weiterbilder der Mentor sein sollte, eine Person sprach sich explizit dagegen aus.

Die Beziehung zwischen Mentor und Mentee wurde neun Mal angesprochen. Sie sollte im Idealfall „*persönlich*“ und wertschätzend sein, geprägt durch eine Kontinuität und beidseitiger Nachfrage. Der Mentor sollte einer sein, der „*ab und zu mal nachfragt, wie es mir geht*“.

Außerdem wurden zwölf Aussagen bezüglich der Rahmenbedingungen getroffen. Davon bezog sich ein Großteil (n=5) darauf, dass das Mentoring in der Gruppe stattfinden sollte. Vier Personen betonten außerdem die Wichtigkeit des Mentoring vor Ort, zwei Teilnehmende wünschten sich ein ähnliches System wie in den Niederlanden bzw. Schweden und eine Person beschrieb, dass zwischen den persönlichen Treffen auch der Kontakt über Telefon und E-Mail möglich sein sollte.

Alle befragten Teilnehmenden gaben an, an einem Mentoringprogramm teilnehmen zu wollen. Bevorzugt wurden die Eins-zu-Eins-Unterstützung nach Bedarf (55,2%) und in regelmäßigen Abständen (51,7%) sowie die feste Mentoringgruppe, die sich in regelmäßigen Abständen trifft (51,7%) (siehe Abbildung 6).

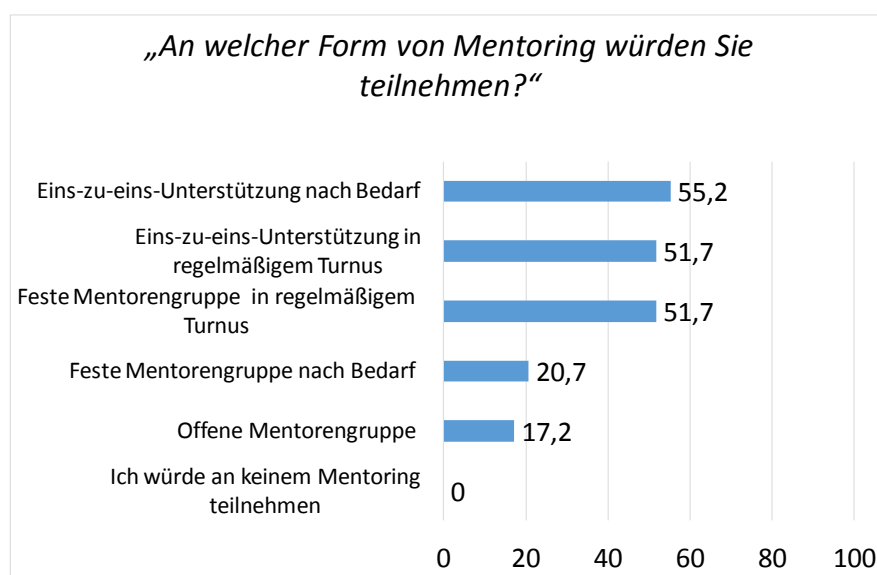


Abbildung 6: Form von Mentoring. n=29, Mehrfachauswahl möglich, Angaben in Prozent.

Die beiden offenen Fragen: „*In welchem Turnus sollte die Eins-zu-Eins-Unterstützung stattfinden?*“/„*In welchem Turnus sollten die Treffen der festen Mentorengruppe stattfinden?*“ wurden allen 15 Personen gestellt, die zuvor angaben, an einer regelmäßigen Eins-zu-Eins-Unterstützung oder an regelmäßigen Treffen der Mentoringgruppe teilnehmen zu wollen. Die Antworten variieren sehr stark von täglich bis einmal pro Jahr. Es lässt sich jedoch eine deutliche Tendenz erkennen: 60% der Befragten gaben sowohl beim Eins-zu-Eins-Kontakt (n=9) als auch bei der Gruppe (n=10) an, sich monatlich bis halbjährlich treffen zu wollen. Auf die offene Frage „*Wie sähe Ihrer Meinung nach die ideale Zusammensetzung einer solchen festen Mentorengruppe aus?*“ antworteten 15 von 19 Personen, da sie im Vorfeld angekreuzt haben, an einer Mentoringgruppe teilnehmen zu wollen. Die Freitext-Antworten wurden den vier Kategorien Heterogenität vs. Homogenität (n=10), Gruppengröße (n=7), Regionalität (n=3) und Mentorwechsel (n=1) zugeordnet. Die Teilnehmenden bevorzugen überwiegend eine heterogene Gruppe („*Ansonsten finde ich heterogen durchaus sinnvoll, um sich gegenseitig beraten zu können*“). Bezüglich der Gruppengröße schlugen vier Personen eine Verteilung von fünf Mentees und einem Mentor vor. Eine Person nennt sechs Mentees, eine weitere möchte eine Verteilung von eins zu drei. Ein Teilnehmender nennt eine Gruppengröße von „*vielleicht 8-10 Personen*“. Drei weitere Personen äußern sich zum Ort der Treffen. Die Gruppe sollte aus einem möglichst regionalen Einzugsgebiet („*Zusammen mit den Kollegen der umliegenden Praxen*“) bestehen. Eine Person hat jedoch Zweifel, ob das machbar ist, aufgrund von zu wenigen ÄiW in der betreffenden Region. Eine Person betont, dass „*Mentoren [...] als Vertrauenspersonen auch gewechselt werden können*“ sollten.

Die 29 Teilnehmenden bevorzugen als Mentor einen externen Facharzt für Allgemeinmedizin (72,4%), darauf folgt ein erfahrener Arzt in Weiterbildung (41,4%) sowie mit jeweils 31% der aktuelle Weiterbilder oder der Facharzt aus dem eigenen Weiterbildungsverband. 24,9% der Befragten können sich eine für die Weiterbildung verantwortliche Person an einer Universität vorstellen, lediglich zwei Antworten (6,9%) fallen auf eine Person von der KV bzw. LÄK (siehe Abbildung 7).

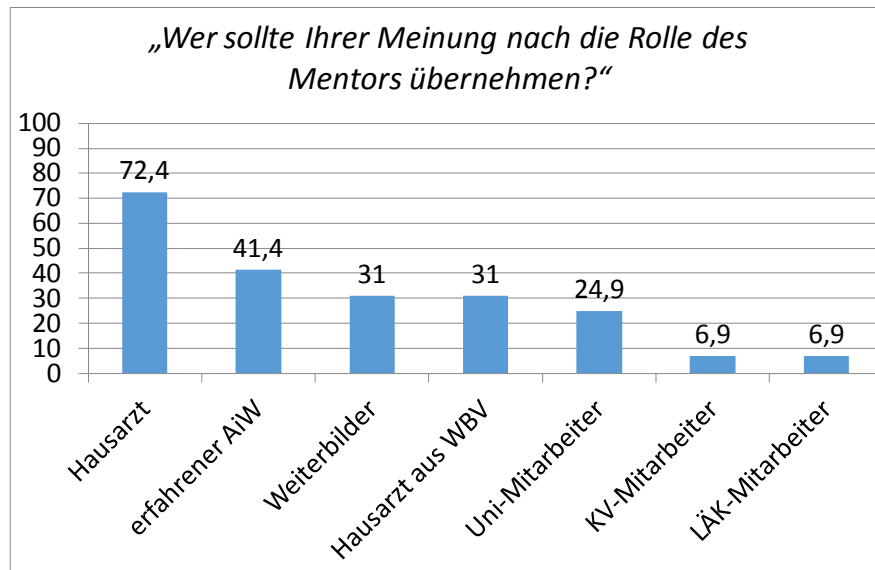


Abbildung 7: Rolle des Mentors. n=29, Mehrfachauswahl möglich, Angaben in Prozent.

Zwei Teilnehmende bevorzugten einen Mentor des gleichen Geschlechtes (beide Aussagen von weiblichen Teilnehmerinnen und bezogen auf eine Eins-zu-Eins-Betreuung), den anderen Teilnehmenden (n=19; fehlend: n=8) ist das Geschlecht des Mentors egal.

Auf die offene Frage „*Welche Themen könnten Sie sich vorstellen, im Rahmen des Mentoring zu besprechen?*“ antworteten 26 von 29 Befragten. Aus den Antworten wurden fünf Kategorien mit Subkategorien gebildet. Die fünf Kategorien sind organisatorische Themen („*Zeitmanagement*“), persönliche Themen („*persönliche Belastungssituationen im WB-Abschnitt besprechen und Lösungen erarbeiten*“) und fachliche Themen („*Aktuelle Fallbesprechungen/Kasuistiken Unsicherheiten in der Praxis üben z.B. Sonographie, Punktionen*“) sowie die Identifikation mit dem Fach Allgemeinmedizin („*Herstellung des roten Fadens mit Bezug zur Allgemeinmedizin*“) und die Kategorie Austausch und Feedback („*Ein persönliches Verhältnis zu einem erfahrenen Kollegen/-In, die man jederzeit ansprechen kann, der/die Erfahrungen an Stellen/ Arbeitszeugnisse usw., den eigenen Werdegang beurteilt und evaluiert*“).

Die Möglichkeit zu weiteren Fragen oder Anregungen nutzten acht Personen. Vier von ihnen bedankten sich oder lobten die Idee des Mentoring und die Entwicklung in der Unterstützung der ÄiW. Eine Person hatte einen Verbesserungsvorschlag zum Fragebogen. Zwei Personen gaben weitere Anregungen, die über das Mentoring für ÄiW hinaus gehen, zum Beispiel „*auch für die weiterbildungsbefugten Ärzte sollte es regelmäßige Treffen zB halbjährlich geben, die ihnen die Inhalte des WB-Kataloges nahe bringen*“. Und eine Person teilte ihre Erfahrung mit einem anderen Mentoringprogramm mit.

### **4.3 Fragebogen II (Facharztprüfungsabsolventen)**

Ein weiterer Fragebogen, der die Weiterbildungssituation in Hessen im Allgemeinen erfasst, wurde um Fragen bezüglich bisheriger Erfahrungen mit einem Mentor/einem Mentoringprogramm und möglichen inhaltlichen Aspekten eines solchen Programms erweitert und wird seit Juni 2012 an alle Absolventen der Facharztprüfung Allgemeinmedizin in Hessen ausgegeben, um daraus ein an ihre Bedürfnisse angepasstes Unterstützungsprogramm zu entwickeln.

#### **4.3.1 Methode**

Der Fragebogen wurde in einer interdisziplinären Expertenrunde, bestehend aus zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin, zwei Diplom-Pädagoginnen und einer Diplom-Psychologin, entwickelt und in einem Pre-Test von drei ÄiW getestet.

Der Fragebogen enthält fünf geschlossene Fragen zum Mentoring, in denen der Teilnehmende auf bereits bestehende Mentoringbeziehungen oder der Teilnahme an einem Mentoringprogramm sowie auf den Wunsch und der Wichtigkeit eines solchen Programms und nach seinen möglichen Inhalten antwortet.

Der Fragebogen wurde (mit Unterbrechung durch eine Überarbeitung im April 2013) von Juni 2012 bis Juni 2015 an alle erfolgreichen Prüfungsabsolventen (N=250) direkt im Anschluss an ihre Facharztprüfung Allgemeinmedizin ausgegeben mit der Bitte, diesen ausgefüllt an das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Frankfurt zu senden (Freiumschlag lag bei).

Der Fragebogen wurde deskriptiv mit Hilfe des Statistik Programmes SPSS (IBM statistics, Version 20) ausgewertet.

#### **4.3.2 Ergebnisse**

Von den insgesamt 250 ausgeteilten Bögen wurden 149 (Dropout: Sechs Bögen, 143 gültige) ausgefüllt zurückgesendet. Dies entspricht einem Rücklauf von 59,6%. Die Teilnehmer der Befragung sind zwischen 31 und 61 Jahren alt (Mittelwert 40,2 Jahre; Median 39 Jahre) und zu 67,8% Frauen und 32,2% Männer.

Ein Großteil der teilnehmenden Prüfungsabsolventen (n=127; 88,8%) hat während der Weiterbildung nicht an einem Mentoringprogramm teilgenommen.

Die Personen, die bereits an einem Programm teilgenommen haben (n=16; 11,2%), erlebten die Teilnahme überwiegend als hilfreich (6-stufige Likert-Skala von 1 = „stimme



völlig zu“ bis 6 = „stimme überhaupt nicht zu“). Neun der Befragten (56,3%) stimmen der Aussage völlig zu, vier (25%) stimmen der Aussage zu, zwei der Befragten (12,5%) stimmen weniger zu, eine Person (6,3%) stimmt nicht zu.

Von den 16 Personen, die an einem Mentoringprogramm teilgenommen haben, nahmen 13 Ärzte am Mentoringprogramm des Weiterbildungskollegs teil. Von diesen stimmen ebenfalls elf Ärzte (84,6%) der Aussage zu, dass die Teilnahme am Mentoringprogramm hilfreich war (sieben ÄiW (53,8%) stimmen völlig zu, vier weitere (30,8%) stimmen zu und zwei Personen (15,4%) stimmen weniger zu).

Von den Personen, die nicht an einem Mentoringprogramm teilgenommen haben (n=127) wünschen sich 74 (59,7%) die Teilnahme an einem organisierten Mentoringprogramm, 17 Befragte (13,7%) wünschen sich keine Teilnahme und 33 (26,6%) wussten es nicht.

Der Wichtigkeit eines organisierten Mentoringprogramms stimmten auf einer 6-stufigen Likert-Skala 120 (85,7%) der Befragten im positiven Bereich zu (siehe Abbildung 8).

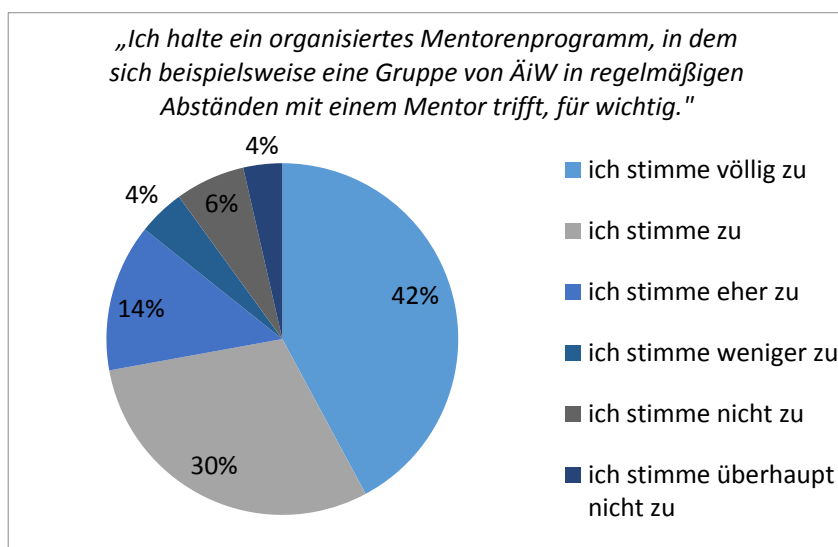


Abbildung 8: Wichtigkeit Mentoringprogramm. n=140, 6-stufige Likert-Skala, Angabe in Prozent.

Die Frage nach den unterstützenden Faktoren im Mentoring wurde nach einem Jahr nochmals verändert, sodass hier nur die Fragebögen ab Mai 2013 (n=113) in die Auswertung einfließen. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, aus zehn Optionen zu wählen (siehe Abbildung 9).

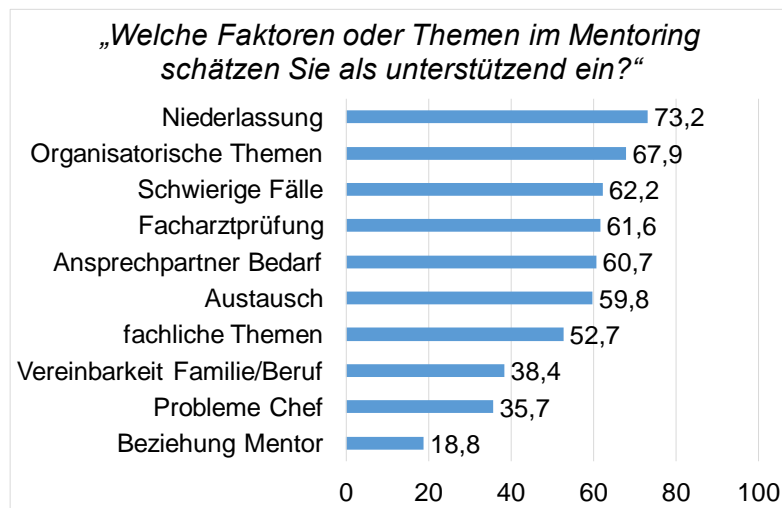


Abbildung 9: Unterstützende Faktoren im Mentoring. n=113, Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent.

Hier wird deutlich, dass ein Unterstützungsbedarf vor allem zu den Themen Niederlassung, Organisation, Fälle und Facharztprüfung besteht. Diese Themen sind insbesondere für ÄiW gegen Ende der Weiterbildung interessant. Wichtig ist ihnen jedoch auch der Austausch mit anderen ÄiW und einen Ansprechpartner bei Bedarf zu haben.

#### **4.4 Leitfadengestützte Interviews, Erhebungszeitpunkt I**

Mit den Teilnehmenden der ersten beiden Mentoringgruppen (N=23) wurden vor Beginn des ersten Treffens sowie nach einem Jahr der Teilnahme am Mentoringprogramm (mit vier Treffen pro Jahr) leitfadengestützte Interviews (Marotzki 2003) geführt. Sie wurden im Dezember 2012 mit Hilfe des E-Mail-Verteilers der HESA angeschrieben und über das startende WBK informiert. Am ersten Seminartag des WBKs, dem 01.02.2013, erhielten die Teilnehmer von der Organisatorin Informationen zum dazugehörigen Mentoringprogramm. Die Interessenten wurden in zwei Gruppen aufgeteilt, die sich regelmäßig in Marburg (Gruppe Nord mit elf Teilnehmenden) und in Frankfurt am Main (Gruppe Süd mit zwölf Teilnehmenden) treffen. Für die Zuteilung war die Nähe zum Wohnort entscheidend.

Das Material der Interviews des ersten Erhebungszeitpunktes soll dazu dienen, einen Überblick über die Weiterbildungssituation von ÄiW, ihre Erfahrungen, ihre Zufriedenheit und ihre Identifikation mit der Allgemeinmedizin zu gewinnen und ihren Bedarf sowie ihre Erwartungen an ein Mentoringprogramm und Mentor(en) zu dokumentieren. Die Strukturen des Programms (u.a. Häufigkeit der Treffen, Räumlichkeiten, Gruppengröße), die sich aus den bestehenden Rahmenbedingungen und aus den Wünschen der Teilnehmenden der Fragebogenbefragungen ergeben, sollen überprüft werden. Außerdem dienen die Interviews der Themenfindung und -vorbereitung der Mentoringtreffen.

##### **4.4.1 Methode**

Alle Teilnehmenden beider Mentoringgruppen erklärten sich damit einverstanden an den Interviews teilzunehmen, die von der Autorin persönlich durchgeführt wurden.

Die Teilnehmenden waren vor dem Interview bereits über die Struktur des Mentoringprogramms informiert worden und in zwei Gruppen aufgeteilt. Ein erstes Treffen in der Mentoringgruppe hatte jedoch noch nicht stattgefunden. Mit den Teilnehmenden wurde per E-Mail ein Termin für das Interview ausgemacht. Eine Teilnehmerin des Mentoringprogramms hatte sich auch nach mehrfachen Anfragen nicht zurückgemeldet, es konnte kein fristgerechter, gemeinsamer Termin gefunden werden, daher konnte kein Interview stattfinden. Die Interviewtermine lagen im Zeitraum von Anfang März bis Mitte April und damit wenige Tage bis sechs Wochen vor dem ersten Treffen der jeweiligen Gruppe. Das Mentoringprogramm startete Anfang April 2013.

Die Interviews wurden in öffentlichen und universitären Räumlichkeiten oder in einigen Fällen (aufgrund von Unwetter, kurzfristiger Terminabsage oder expliziter Wunsch der Teilnehmer) per Telefon geführt und alle mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet.

Zur Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt. Dieser orientiert sich an den Ergebnissen der zuvor durchgeführten Fragebogenerhebung I und der daraus folgenden Konzeptidee und an Ideen, die in der Auseinandersetzung mit verschiedenen ÄiW und an der Weiterbildung interessierten Personen entstanden. Außerdem flossen die vier zentralen Faktoren aus dem Modell der TZI mit in die Überlegungen und Formulierungen der Fragen ein. Der Leitfaden (siehe Anhang b) enthält zum Einstieg Fragen zum aktuellen Stand der Weiterbildung und zur Entscheidung zur Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. Anschließend wird nach der Zufriedenheit mit der Weiterbildung und nach dem Bedarf an Unterstützung gefragt, um auf Fragen zu Vorstellungen und Erwartungen an ein Mentoringprogramm überzuleiten. Dabei werden explizit die Rahmenbedingungen (Dauer, Zeitpunkt, Häufigkeit, Ort, Form) als auch die Themenwünsche für die Sitzungen und Erwartungen an den Mentor angesprochen.

Der Leitfaden wurde in zwei Probeinterviews, mit einer Ärztin, die kurz vor ihrer Weiterbildung steht und einer Ärztin, die sich im fünften Weiterbildungsjahr befindet, pilotiert und anschließend für die Interviews mit den ÄiW der ersten beiden Mentoringgruppen verwendet.

Die Interviewerin nahm sich für jedes Interview eine Stunde Zeit. Zu Beginn jedes Treffens wurde der Interviewpartner mündlich und schriftlich mittels eines Informationsschreibens (siehe Anhang c) über das Ziel und den Umgang mit dem Datenmaterial aufgeklärt und erklärte sich schriftlich zur Teilnahme am Interview und der Verwendung des Materials für wissenschaftliche Zwecke bereit. Außerdem füllte er einen Kurzfragebogen (siehe Anhang d) aus, der neben demografischen Daten einige Fragen zur Weiterbildung beinhaltete. Nach jedem Interview schrieb die Interviewerin ein Interviewprotokoll (siehe Anhang f), in welchem sie die Umstände des Interviews, ihre Beobachtungen zu den Rahmenbedingungen, der Interviewatmosphäre und Anmerkungen zur Kontaktaufnahme und Beziehung zwischen dem Interviewpartner sowie Besonderheiten während des Interviews festhielt (Flick 2011, S. 210). Diese Daten sind in den case summaries und in Variablen der Interviewdokumente festgehalten.

Alle Interviews wurden mit Hilfe der Transkriptionssoftware f4 und des Einfachen Transkriptionssystems (Dresing und Pehl 2013) transkribiert und anonymisiert. Die

dadurch schriftlich vorliegenden Daten wurden mit Hilfe des Programms MAXQDA 11 kategorienbasiert (Schmidt 2004; Kuckartz 2010) ausgewertet.

Für die Auswertung der Leitfadeninterviews wurde das Verfahren der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2012) gewählt, da bei diesem kategorienbasierten Verfahren die Themen der Teilnehmenden im Fokus stehen. In Hinblick auf die Forschungsfrage und die Gestaltung eines Mentoringprogramms sind insbesondere die Weiterbildungsbedingungen der Teilnehmer und ihre Wünsche in Bezug auf Unterstützung von Bedeutung.

Die folgende Grafik beschreibt die sieben Schritte der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse.

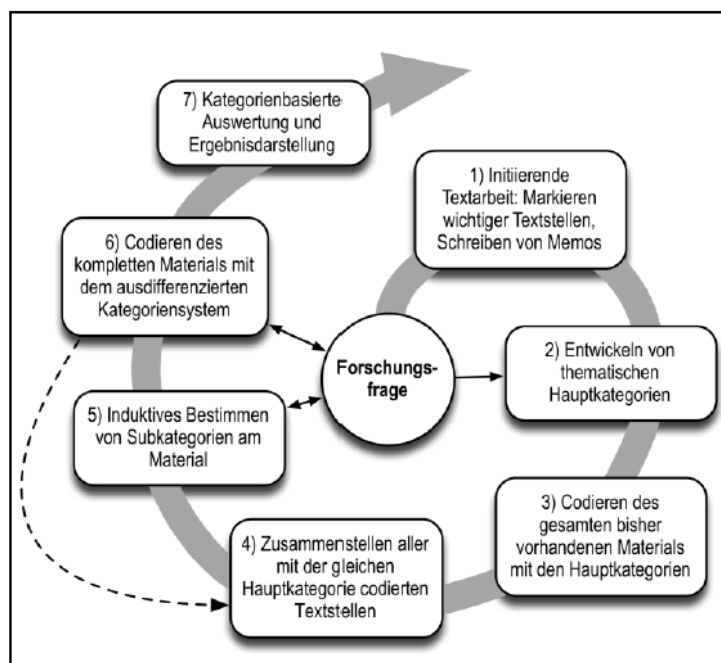


Abbildung 10: Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz 2012, S. 78)

#### *Phase 1: Initiierende Textarbeit: Markieren wichtiger Textstellen, Schreiben von Memos*

Die ersten Auseinandersetzungen mit dem Text geschehen durch aufmerksames Lesen und Markieren von auffälligen Textstellen. Memos zu den Dokumenten und case summaries werden geschrieben.

#### *Phase 2: Entwickeln von thematischen Hauptkategorien*

Bei dieser Methode werden Kategorien zur Strukturierung eines Textes genutzt, daher werden im zweiten Schritt Hauptkategorien entwickelt. Diese können induktiv (aus dem Text heraus) oder deduktiv, beispielsweise aus einem bestehenden Leitfaden heraus,

gebildet werden. Diese Hauptkategorien werden mithilfe eines Teils des Materials (etwa 10 bis 25% des Gesamtmaterials) getestet.

*Phase 3: Erster Codierprozess: Codieren des gesamten (bis zu diesem Zeitpunkt vorhandenen) Materials mit den Hauptkategorien*

Der gesamte Text wird durchgegangen und Textabschnitte werden verschiedenen Kategorien zugeordnet.

In der vorliegenden Arbeit wurden dabei folgende Codierregeln berücksichtigt:

- Abschnitte werden so codiert, dass sie ohne den umgebenden Text verständlich sind.
- Es werden Sinneinheiten codiert, bestehend aus mindestens mehreren Wörtern, auch über mehrere Sätze lang.
- Eine Sinneinheit oder Textstelle kann mehreren Kategorien zugeordnet werden.
- Nicht sinntragende Textstellen bleiben uncodiert.

Zwecks Sicherung der Qualität im Codierprozess und der Zuverlässigkeit der Codierungen wird ein Text von mindestens zwei Codierern bearbeitet. Konsensuelles Codieren setzt voraus, dass präzise definierte Kategorien vorliegen. Bei Uneinigkeiten werden die Kategorien und Codierungen diskutiert und gegebenenfalls überarbeitet.

*Phase 4: Zusammenstellung aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen und*

*Phase 5: Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material*

Aus den zusammengestellten Textstellen einer Hauptkategorie werden induktiv Subkategorien gebildet. Die Subkategorien werden geordnet, systematisiert, auf ihre Trennschärfe überprüft und gegebenenfalls zusammengefasst. Jede Subkategorie sollte mittels eines Ankerbeispiels definiert werden.

Bei der Erstellung des Kategoriensystems des vorliegenden Materials galten folgende Kriterien:

- Kategorien sollten trennscharf voneinander sein.
- Das Kategoriensystem sollte nicht zu feingliedrig sein, damit in allen Kategorien ausreichend viele Textstellen zu finden sind.
- Als Hauptkategorien dienten die Leitfragen des Interviews.
- Kategorien wurden in Beziehung zur Fragestellung definiert.
- Bei der Erstellung des Kategoriensystems war es wichtig, dass einige Kategorien des ersten Interviewzeitpunktes den Kategorien des zweiten Interviewzeitpunktes entsprachen.

- Das Kategoriensystem soll an einigen Interviews getestet werden, die sich möglichst stark voneinander unterscheiden.
- Phasenweise sollte der Codierprozess durch mindestens zwei Codierer durchgeführt und diskutiert werden.

*Phase 6: Zweiter Codierprozess: Codieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem*

In einem zweiten Codierprozess werden die bislang den Hauptkategorien zugeordneten Textstellen den feingliederigen Subkategorien zugeordnet. Dabei ist ein kompletter Durchlauf des gesamten Materials notwendig.

*Phase 7: Kategorienbasierte Auswertung und Ergebnisdarstellung*

Nach Kuckartz (Kuckartz 2012, S. 93 ff.) lassen sich sieben verschiedene Formen der Auswertung unterscheiden (siehe Abbildung 11).

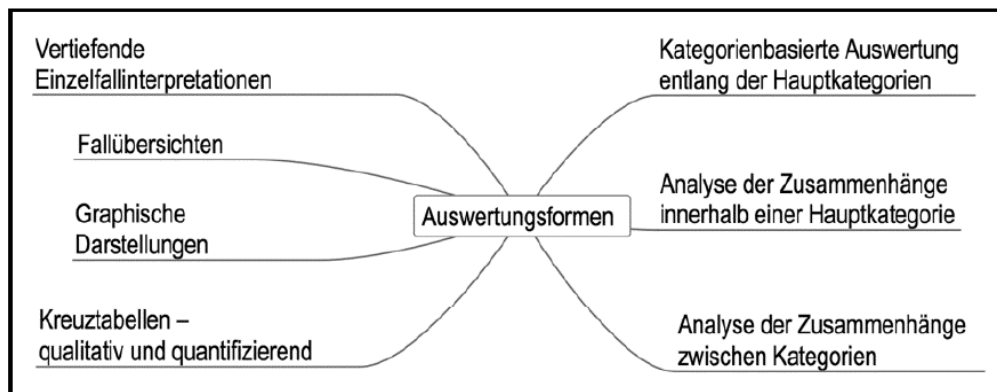


Abbildung 11: Formen der Auswertung und Ergebnisdarstellung (Kuckartz 2012, S. 94)

Die erste Form ist die *Kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien*. Hierbei werden die Ergebnisse zu jeder thematischen Hauptkategorie in einer sinnvollen Reihenfolge berichtet. Dabei werden ebenso die Subkategorien und dazugehörigen Zahlen (Anzahl der Codierungen, ect.) benannt. „Leitend ist hier die Frage ‚Was wird zu diesem Thema alles gesagt?‘ und ggf. auch die Frage ‚Was kommt nicht oder nur am Rande zur Sprache‘“ (Kuckartz 2012, S. 94). Bei der *Analyse der Zusammenhänge zwischen den Subkategorien einer Hauptkategorie* wird die gleichzeitige Nennung von zwei oder mehreren Subkategorien betrachtet – welche häufig oder nie zusammen auftreten. Bei der *Analyse der Zusammenhänge zwischen Kategorien* hingegen, wird auf der Ebene der Hauptkategorien geschaut, welche Zusammenhänge bestehen. Mit Hilfe von *Kreuztabellen – qualitativ und quantifizierend* – werden Verbindungen zwischen Gruppen deutlich, beispielsweise unterschiedliches Antwortverhalten von Männern und Frauen. Die Ergebnisse der Kreuztabelle können

qualitativ und quantitativ sein. Die Ergebnisse lassen sich auch *grafisch darstellen*. Visualisierungen können beispielsweise anhand von Diagrammen einen Überblick über Subkategorien, zahlenmäßige Nennungen oder Personengruppen geben oder in Form einer Mind Map dargestellt werden. In *Fallübersichten* wird eine Auswahl von Fällen (oder alle untersuchten Fälle) hinsichtlich bestimmter Merkmale oder Teilfragen miteinander verglichen. Dies geschieht mit Hilfe einer Themenmatrix, bei der nur bestimmte Themen oder Kategorien dargestellt werden. Hier bietet es sich ebenfalls an, Zahlen mit zu erheben. Die Fallübersichten dienen auch als geeigneter Ausgangspunkt für *vertiefende Einzelfallinterpretationen*, da jede Person im Spektrum der anderen verortet werden kann. Für die Einzelfallinterpretation wird erneut das gesamte Skript einer Person auf eine bestimmte Fragestellung hin gelesen und das Gesagte (relativ frei) interpretiert. Hierbei können, bezogen auf einzelne, interessante Personen, Antworten bezüglich verschiedener Hypothesen gewonnen oder neue theoretische Überlegungen angestellt werden. (Kuckartz 2012, S. 93 ff.)

In der vorliegenden Arbeit wurden die sieben Schritte der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt. Zuerst wurden die transkribierten Interviews dem Programm MAXQDA 11 hinzugefügt, gelesen und Memos und case summaries geschrieben. Anhand des Interviewleitfadens wurden deduktiv Hauptkategorien gebildet, denen die Interviewstellen zugeordnet wurden. Die Subkategorien wurden induktiv anhand von sechs Interviews, die sich stark unterscheiden, gebildet. Zwecks größerer Genauigkeit der Kategorien und Codierungen wurden die Testinterviews von zwei Codiererinnen codiert und gemeinsam diskutiert. Diese Inter-Coder-Reliabilität wurde realisiert, indem eine wissenschaftliche Hilfskraft mit einem sozialwissenschaftlichen Abschluss die Autorin beim Codierprozess unterstützte. In einem anschließenden Prozess wurde das gesamte Material mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem codiert. Die nun codierten Textstellen konnten im nächsten Schritt ausgewertet werden.

#### **4.4.2 Ergebnisse**

Von den 23 ÄiW der Gesamtstichprobe sind 16 der befragten Mentees weiblich (69,6%) und sieben Mentees männlich (30,4%). Die folgende Tabelle zeigt Merkmale der Stichprobe.



Tabelle 4: Beschreibung der Stichprobe, Erhebungszeitpunkt I

Anzahl der Interviewpartner	N=23; (100%)
- Anteil Frauen	n=16; (69,6%)
- Anteil Männer	n=7; (30,4%)
- Stationäre Weiterbildungszeit	n=9; (39,1%)
- Ambulante Weiterbildungszeit	n=14; (60,9%)
Alter	Mittel 37 Jahre; MIN 27, MAX 56
Durchschnittliche Weiterbildungszeit	Mittel 38,65 Monate; MIN 5 Monate, MAX 102 <sup>10</sup> ; Median 31,75
Gruppe Frankfurt	12 TN (9 Frauen, 3 Männer)
Gruppe Marburg	11 TN (7 Frauen, 4 Männer)
Durchschnittsdauer der Interviews	22:05 min (MIN 13:37 min, MAX 29:35 min)
Anzahl Persönliche Interviews	13
- Durchschnittsdauer der persönlichen Interviews	23:59 min
Anzahl Telefoninterviews	10
- Durchschnittsdauer der Telefoninterviews	19:37 min

Im Folgenden werden die Auswertungsergebnisse vorgestellt. Wie im Methodenteil beschrieben, wurden zuerst die Hauptkategorien ausgewertet und die Zusammenhänge innerhalb der Hauptkategorien und zwischen den Kategorien untersucht, bevor in Form von Kreuztabellen verschiedene Gruppen analysiert und grafisch dargestellt wurden. Von vertiefenden Einzelfallinterpretationen wurde abgesehen, da diese in Hinblick auf die

---

<sup>10</sup> Diese hohe Zahl (bei einer angestrebten Weiterbildungszeit von 60 Monaten) erklärt sich daraus, dass eine Teilnehmerin erst sehr spät zu ihrer Entscheidung für die Allgemeinmedizin kam und viele Jahre in anderen medizinischen Fachrichtungen gearbeitet hatte.

Fragestellung nicht zielführend sind. Die Diskussion und Bewertung der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 4.5.

#### **4.4.3 Kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien**

Anhand einfacher Text-Retrievals wurden die Interviews entlang der Hauptkategorie ausgewertet und Zusammenhänge zwischen den Subkategorien einer Hauptkategorie analysiert.

Das Kategoriensystem enthält acht Hauptkategorien und insgesamt 48 Subkategorien (siehe Anlage h). Im Folgenden werden die einzelnen Hauptkategorien vorgestellt.

##### **Persönliche Weiterbildung**

Die Kategorie Persönliche Weiterbildung mit insgesamt 95 Codierungen enthält fünf Subkategorien: Verlauf (49 Codierungen), Unterschied Klinik/Praxis (26 Codierungen), WBV (sechs Codierungen), Quereinstieg (sieben Codierungen) und Probleme (sieben Codierungen).

##### ***Verlauf***

Die Teilnehmer sind an ganz unterschiedlichen Abschnitten ihrer Weiterbildung. Neun befragte Ärzte befinden sich im ambulanten Abschnitt der Weiterbildung, 14 im stationären Abschnitt. In dem zum Interview gehörenden Fragebogen wurde die Dauer der Weiterbildungszeit abgefragt. Diese variiert von fünf Monaten bis zu 102 Monaten, im Durchschnitt sind es 39 Monate. Diese hohe Varianz erklärt sich daraus, dass zum einen einige (vorwiegend weibliche) Teilnehmende sich erst sehr spät für die Allgemeinmedizin entschieden haben und schon viele Jahre in anderen Bereichen gearbeitet haben und zum anderen dadurch, dass sie ihre Weiterbildung durch lange Pausen, hauptsächlich aufgrund von Schwangerschaften und Elternzeiten, unterbrochen haben (Unterbrechungen von 0 bis 60 Monaten, Mittel 7).

Der laut WBO prototypische Verlauf von drei Jahren stationäre Weiterbildungszeit und zwei Jahren ambulanter Weiterbildungszeit wird sehr unterschiedlich gelebt. Es gibt die Personen, die den prototypischen Verlauf verfolgen: *B: Eigentlich will ich so schnell/ also,*

*eigentlich will ich so schnell es geht Facharzt werden. Und entsprechend würd ich einfach drei Jahre Innere machen, sozusagen. Und dann zwei Jahre in die Praxis gehen. (Ffm\S10\_2013: 2-24).<sup>11</sup>*

Auf der anderen Seite gibt es Personen mit weniger gradlinigen Verläufen aufgrund von familiär bedingten Auszeiten und Elternzeiten, Teilzeitarbeit und Wechsel der Fachrichtung:

*B: Ich bin noch nicht so weit. Ich habe einfach oft pausiert, und zwar habe ich zuerst Innere gemacht in \* von 2006 bis Ende 2007. Also Anfang 2006, Januar 2006 bis Dezember 2007. Und dann habe ich im Januar 2008, also da war auch eine Pause dazwischen. Fünf Monate habe ich ausgesetzt. Da ist die erste Tochter geboren. Und dann habe ich im Januar 2008 angefangen in der Rheumatologie und Geriatrie in \* bis April 2012. Und da habe ich mal zehn Monate ausgesetzt. Und das habe ich auch in Teilzeit gemacht. Genau. Das habe ich also das erste Jahr 100 Prozent, dann zwei Jahre 70 Prozent und dies letzte dreiviertel Jahr 50 Prozent. (Ffm\S09\_2013: 3-9)*

Bei einer weiteren Person zeigt sich ebenfalls, dass ein striktes Durchziehen der Weiterbildungszeit nicht fokussiert wird. Hier stehen eher die Inhalte der Weiterbildung im Vordergrund als das schnelle Erreichen des Facharztstatus.

*B: Also dadurch, dass es ja bei mir so lange sich hinzieht, möchte ich einfach auch mehr Input dann haben von verschiedenen Leuten noch was lernen und einfach verschiedene Praxisssysteme auch sehen. Ich möchte unbedingt noch in eine Gemeinschaftspraxis mal. Vielleicht noch zu jüngeren Weiterbildungern. (..) Und vielleicht auch noch mal zum Kinderarzt ein halbes Jahr. (Ffm\S09\_2013: 25)*

Andere wiederum haben von Anfang an ihre Weiterbildungszeit komplett durchgeplant: *B: Ja schon vor Ende des Examens geplant alles (MR\N11\_2013: 4-14).*

Teilweise ist bei den strukturierten Personen auch schon die Niederlassung geplant: *B: Ja das wird meine Praxis werden. Also ich werde da meine Weiterbildung machen und dann da quasi den Sitz erwerben. (MR\N11\_2013: 30-36).*

Auch die Inhalte und das Spektrum der Weiterbildung in der Klinik sind sehr verschieden. Die meisten Befragten begannen mit der internistischen Abteilung; die Rotation in verschiedene Schwerpunkte oder in andere Fachrichtungen ist sehr verschieden. Eine

---

<sup>11</sup> Um die Interviewzitate von Literaturziten und Fließtext abzuheben, sind sie kursiv gesetzt. Die Zitate aus den Interviewtranskripten erfolgen ohne die in den Transkripten vorhandenen Zeitmarken. Auslassungen und Einfügungen durch die Autorin wurden in eckigen Klammern gesetzt, runde Klammern im Zitat stehen für Einfügungen und Pausen, die während des Interviews erfolgten. Die Angabe *B* bedeutet ‚Befragter‘ und *I* ‚Interviewerin‘. Die Quellenangaben enthalten die Chiffre des Transkripts samt Absatznummer, die in der Projektdatei des Analyseprogramms MAXQDA zugeordnet wurde. Die Datei steht den Gutachtern zur Verfügung.

Person, angestellt in einem Universitätsklinikum, berichtet von sehr spezifischen Zielgruppen und Erkrankungen.

*B: Das ist eben hier an der Uniklinik in der Inneren Medizin, Gastroenterologie, Zentrum der Inneren Medizin 1 und da wiederum in der Abteilung gastroonkologische Ambulanz. Also sprich, das ist die ambulante Betreuung von Tumorpatienten mit gastrointestinalen Tumoren, die dann bei uns Chemotherapie kriegen, ambulant. (Ffm\S02\_2013: 4-12)*

Während eine andere Person, angestellt in einem ländlichen Haus der Grund- und Regelversorgung, berichtet: *B: Bei uns ist es nicht so gegliedert nach verschiedenen Abteilungen. Wir haben ein Haus, wo alles hinkommt. Also da kommt kardiologisch, da kommt pulmologisch, gastroenterologisch. Das kann man nicht so trennen. Also da ist alles dabei und da habe ich von allem auch schon was gesehen. MR\N11\_2013: 4-14).* Und ein weiterer Teilnehmer erzählt: *B: Ich habe Innere gemacht, da in diesem Krankenhaus, da war ich Chirurgie und Notfallmedizin, das war so ein Flickwerk, wo man alles Mögliche machen musste, weil es ein kleines Krankenhaus war. Und dann war ich noch in der Neurologie. (MR\N10\_2013: 2-12).*

Die Weiterbildungsverläufe der Befragten unterscheiden sich demnach sehr stark bezüglich ihrer Dauer, ihrer Organisation und Struktur und auch ihrer inhaltlichen Ausprägung.

Außerdem waren sich viele, die in der internistischen Abteilung angefangen haben, zu Beginn ihrer Weiterbildung nicht sicher, ob sie tatsächlich mit der Weiterbildung Allgemeinmedizin abschließen wollen, sondern, solange sie in der internistischen Abteilung waren, sich verschiedene Optionen offen gehalten haben und in der Abteilung manchmal gar nicht erwähnt hatten, dass für sie auch die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Betracht käme:

*I: Also haben Sie gesagt, dass Sie Allgemeinmedizinerin werden wollen, oder/*

*B: Nein.*

*I: Das war damals auch noch nicht so feststehend.*

*B: Ja. (Ffm\S03\_2013: 87-90)*

Die Möglichkeit sich verschiedene Optionen offen zu halten, spiegelt sich auch in den weiteren Subkategorien wider.

### **Quereinstieg**

Sechs Personen (sieben Codierungen) äußern sich zum Thema Quereinstieg. Sie alle wollten ursprünglich in einer anderen Fachrichtung abschließen, vier wollten Internisten werden, eine Teilnehmerin arbeitete lange in der Radiologie und eine weitere in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Sie hatten alle schon mehr als drei Jahre in der zuerst gewählten Fachrichtung gearbeitet (*I: Und ursprünglich wollten Sie Internistin werden? - B: Ja! Vier Jahre, also*

*ich habe viel zu viel gemacht quasi für den Facharzt für Allgemeinmedizin. (Ffm\S11\_2013: 43-44)) und damit lange Weiterbildungszeiten produziert.*

### **Weiterbildungsverbund**

Die sechs Codierungen zu WBV stammen von fünf Personen. Davon ist eine Person in einem WBV angestellt und sehr zufrieden B: *also es ist super toll, dass ich diese Rotation machen kann, dass ich wirklich so rotiere, (MR\N07\_2013: 33)*, eine weitere Person hat eine bestimmte Klinik gewählt, da diese gerade in WBV-Gründung war: B: *[...] Und ähm, dann wollt ich auch ganz gerne nicht von Arzt zu Arzt laufen müssen, mir alles zusammenstückeln, sondern wollte gerne alles auf einmal machen, das wurde mir da groß und breit versprochen und da gab es dann dieses Stipendium, das hab ich dann auch gekriegt, auch weniger als ich dachte, aber ja, jetzt bin ich da (MR\N04\_2013: 12-15)*. Die drei weiteren Befragten betonen explizit die Vorteile eines Verbundes und drücken den Wunsch aus, dass Sie gerne in einem WBV gearbeitet hätten B: *ich glaube, so ein Weiterbildungsverbund wäre schon wirklich ganz gut, wenn man sich da nicht irgendwie so durchwurschteln muss und nicht irgendwie mit so vielen Unwägbarkeiten rumärgern muss. (MR\N02\_2013: 86-88)*. Eine Person betont auch, dass ein WBV helfen kann, um dem Stigma der Allgemeinmedizin und der dadurch erschwerten Stellensuche entgegenzuwirken: B: *Und wenn ich jetzt so Weiterbildung innerhalb vom Verbund gemacht hätte, denke ich, hätte ich so eine Stelle gefunden. So alleine nimmt mich keiner. Du willst Allgemeinmedizin machen, was willst Du hier? So! Also das wäre vielleicht auch so was, wo ich jetzt froh bin, dass es für die Zukünftigen gibt so langsam. (Ffm\S11\_2013: 64).*

### **Probleme**

In einer weiteren Subkategorie wurden Probleme gesammelt, die von sieben Befragten (in sieben Codierungen) explizit als Problem definiert wurden. Hierbei handelt es sich in der Regel um Probleme mit der Anerkennung von Weiterbildungszeiten seitens der LÄK, entweder, weil Teile der Weiterbildungszeit in einem anderen Staat oder Bundesland absolviert wurden, dem Arbeitgeber die Weiterbildungsermächtigung fehlt (B: *ich habe zuerst eigentlich in einer Praxis, Innere medizinischen Praxis, gearbeitet. Und dieser Arzt hat gesagt, dass kann man auch so verrechnen als Weiterbildung Allgemeinmediziner. Aber dann, inzwischen ist das rausgekommen, das geht nicht. (Ffm\S07\_2013: 12))* oder weil Teile der Arbeitszeit noch zu Zeiten abgeleistet wurden, in der nach der Approbation die Phase des Arzt im Praktikum (AiP) bestand. Eine weitere Teilnehmerin berichtet von Problemen mit ihrem Arbeitgeber aufgrund ihrer Schwangerschaft/Elternzeit:

*B: Ja. Und dann war ich schwanger. Ja und dann gibt es Probleme halt, wenn man schwanger wird. [...] Die finden Vertretung für mich, aber die will ja auch ihre Weiterbildung zu Ende machen. Und sie will zwei Jahre bleiben und ich wollte ja nur 13 Monate Pause machen. Und dann kann man kämpfen, aber habe ich gesagt: Nein, da muss ich auch arbeiten. Da will ich nicht streiten. Es gibt so viele Angebote, das ist eine Umstellung aber, ja. (Ffm\S11\_2013: 20-24)*

### **Unterschied Klinik/Praxis**

Die Interviewerin fragte die Teilnehmer nach dem von ihnen wahrgenommenen Unterschied zwischen Klinik und Praxis (26 Codierungen).

In vielen Punkten sind sich die Befragten einig: Es gibt in der Praxis *keine Dienste mehr* (Ffm\S12\_2013: 13), und es ist dadurch *sehr viel weniger stressig und psychisch weniger belastend* (Ffm\S09\_2013: 11).

Eine Befragte berichtet von dem Stress, den ihr die Klinikzeit gebracht hatte, den Verlust ihres Soziallebens und der sich dadurch abzeichnenden Unzufriedenheit mit dem Beruf:

*B: hm, also, was mich bisher sehr gestört hat, ist, dass man so unflexibel ist, also dass ich bisher keine Möglichkeit gesehen habe, dass ich einen guten Ausgleich zu meiner Arbeit bekomme, ne. also bis jetzt bin ich halt einfach gewohnt, halt arbeiten bis zum Totumfallen irgendwie. Und dementsprechend dünn sind dann auch die Hobbies, die man so hat, ne, oder teilweise auch in schlimmen Phasen die sozialen Kontaktmöglichkeiten, die man irgendwie so hat, (.) und das hat mich doch mehr frustriert, also ich dachte und das hat mir dann auch den Spaß am Beruf genommen ne, und ähm, jetzt in der Praxis merke ich, ändert sich das wieder, dadurch dass auch wieder mehr Energie da ist, da das ja auch manchmal nur halbe Tage sind und ähm (.) ich ja auch Mittagspause immer länger hab, also die Abläufe liegen mir einfach besser, weil ich auch wieder ein bisschen mehr Privatleben hab, einfach. (MR\N01\_2013: 30)*

Außerdem ist die Praxiszeit *mit Familie [...] sehr viel besser zu vereinbaren* (Ffm\S11\_2013: 38-40).

Häufig wird auch das kollegiale Verhältnis zum Chef während der Praxiszeit genannt:

*B: Die Kollegialität. Also meine Chefs sind sehr nett und man wird anders behandelt wie ein Assistenzarzt in der Klinik von den Oberärzten. Also das ist schon ein Unterschied. (Ffm\S08\_2013: 34).*

Und eine andere Person berichtet: *B: Alles, also es ist echt ein Unterschied wie Tag und Nacht. Vom Klima her ist es einfach ein Arbeiten auf gleicher Ebene, ne andere Wertschätzung also, es ist eine völlig andere Arbeitsweise, dass man auch für den Patienten viel mehr Zeit hat und ihn ganz anders beleuchtet, ihn also nicht nur aus medizinischer Seite, sondern auch psychosoziale Aspekte mit berücksichtigt, dass fällt in der Klinik völlig weg. (..) ja, und dass man mehr im Team arbeitet (Ffm\S05\_2013: 10-12).*

Die Befragten betonen allerdings auch Nachteile der Praxis, beziehungsweise Vorteile der Klinik:

*B: Gut, diese ganzen abrechnungstechnischen Sachen sind halt neu. Da musste ich mich erst einarbeiten in dies IBM, in das KV-System. Das war schon auch neu. Und dann/ (..) Ja, diese Check-ups. Erst mal*

*lernen, was das ist, was da zugehört. Und auch die Impfanglegenheiten. (4) Und sind auch zum Teil halt neue Leitlinien, in die man sich einarbeiten muss. Die ganzen ambulanten leichteren Erkrankungen, so damit hat man sich in der Klinik ja weniger beschäftigt. (Fjm\S09\_2013: 11)*

Und eine weitere Person sagt: B: [...] Der größte Unterschied ist sicherlich der Papierkeram.  
(MR\N10\_2013\_04\_03: 14)

Außerdem fehlt der Austausch mit Kollegen:

*B: Ja, natürlich fehlen mir irgendwo schon die Kollegen, also so dieses Miteinander, auch so dieses Gleiche, das fehlt mir schon aber, ja, doch das fehlt mir aber sonst, Nachtdienste zum Beispiel, fehlen mir überhaupt nicht, bin ich froh, dass ich die vom Bein habe! Also das muss nicht sein. Das, ja, das sind die größten Unterschiede. (Fjm\S04\_2013: 10)*

Und weitere Personen betonen, dass durch das kleinere Team nicht nur der Austausch untereinander, sondern auch der Austausch über den Patienten fehlt:

*B: Also da hat man im Krankenhaus ja auch einfach einen Visiten dann gehabt, wo man mit entweder mit Kollegen oder Oberärzten oder Chefärzten, wo man ständig im Kontakt blieb darüber, was jetzt eigentlich so das Problem des Patienten ist und (unklar) Differenzialdiagnose und welche Therapie jetzt die beste ist. Nach welchen Leitlinien und so weiter. Und das bleibt ja jetzt alles aus. Aber wenn man/ Wir besprechen jetzt zwar schon mal irgendwelche Fälle, aber da habe ich immer so den Eindruck, man sollte eigentlich nach dem neuesten wissenschaftlichen Stand irgendwie auch anders lösen wahrscheinlich. (Fjm\S09\_2013: 35)*

Und gleichzeitig gibt es in der Klinik bessere Diagnosemöglichkeiten und der AiW hat mehr Zeit eine Diagnose zu stellen, trägt weniger Verantwortung für den Patienten und erhält mehr Rückendeckung von Kollegen.

*B: Ja, in der Klinik wusste man ganz genau, man hat die Leute aufgenommen und dann liegen die erst mal ne Woche da, also man war viel entspannter, ob man vielleicht einen Fehler macht oder irgendwas übersieht, weil man ja auch immer noch Rückendeckung ständig hatte von Oberärzten oder Kollegen, und ähm eigentlich auch dadurch, dass man immer im Dialog ist mit Kollegen und wenn ich jetzt in der Praxis einfach mal ein paar Stunden mal vor mich hinbrösel oder ich mach n Hausbesuch, dann bin ich ja wirklich, also dann muss ich mich wirklich fokussieren und bin dann darauf angewiesen, dass mir das Richtige zum richtigen Zeitpunkt irgendwie einfällt und dass ich vor allem auch wirklich unterscheiden kann, was ist jetzt ein gefährlicher Verlauf und wo kann ich jemanden einfach noch länger Zuhause lassen. Und in der Klinik ist es halt voll fix so. Man kriegt die Untersuchungsergebnisse schneller ne, man hat schneller ne Idee ab in die Richtung geht es oder das ist die Tendenz und es ist halt auch leichter nochmal durch die ganzen diagnostischen Mittel, die man hat abzuschätzen, wie schwer krank ist der denn eigentlich, ne. also ist halt unter ständiger Überwachung einfach. Und im ambulanten Bereich ist es manchmal ein bisschen knifflig. (MR\N01\_2013: 26)*

Dazu sagt eine andere Person allerdings: B: die Wege [in der Praxis] sind kürzer und es wird auch schnell noch mal was gezeigt und Fragen werden auch schneller beantwortet. Das war in der Klinik nie so.  
(MR\N10\_2013: 42)

Bezüglich des Austausches scheint es, als hängt das sehr stark vom Arbeitsklima der jeweiligen Stelle und weniger von der stationären oder ambulanten Weiterbildung per se ab. Vom Kontakt zu den Patienten in der Praxis wird von allen Befragten positiv berichtet. Die Patienten werden über längere Zeit betreut, häufig über mehrere Generationen, sodass der Kontakt zur gesamten Familie besteht, und kommen mit einem breiten Spektrum an Erkrankungen. Insbesondere bei Hausbesuchen erhält der Arzt direkten Einblick in das Leben seiner Patienten, wird Vertrauensperson und wird dankbarer behandelt als in der Klinik.

*B: Und ja, irgendwie wird dieser Patientenkontakt/, gefällt mir total gut, dass man auch so einen Verlauf auch oftmals hat, eben, dass man auch sieht, wenn es einem Patienten eben nicht so gut geht und dann, wenn er dann noch mal wiederkommt/, irgendwie den Verlauf hat man dann viel besser so im Auge als in der Klinik. Ja, und einfach diesen intensiven Patientenkontakt finde ich total gut. (MR\N08\_2013: 34-36)*

*B: Ja, macht viel mehr Spaß.*

*I: Praxis?*

*B: Ja. Weil man bekommt was zurück. Patienten sind dankbar. Man hat das Gefühl, man bewirkt was, man sieht die Veränderung. Natürlich klappt es nicht immer, dass die dankbar sind und so. Aber überwiegend hat man das Gefühl, man hat was getan. Und nicht irgendwie nur Abfertigung. (Fjm\S11\_2013: 38-40)*

## Zufriedenheit mit der Weiterbildung

Die Kategorie setzt sich aus zwei Subkategorien, Zufriedenheit (mit 36 Codierungen) und Unzufriedenheit (mit 27 Codierungen), zusammen. Eine Aussage wurde der Hauptkategorie zugeordnet, da weder eine Zufriedenheit noch Unzufriedenheit in der Aussage überwiegt.

Die folgende Grafik zeigt, dass die meisten der Befragten (n=18) sowohl Aussagen machen, die auf eine Zufriedenheit, als auch eine Unzufriedenheit mit der Weiterbildung hinweisen.

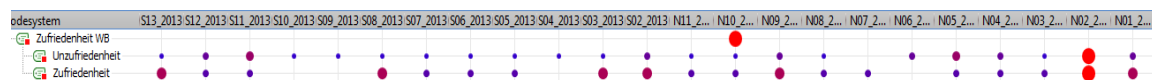


Abbildung 12: Code-Matrix-Browser zur Zufriedenheit in der Weiterbildung I

## Zufriedenheit

In der Subkategorie Zufriedenheit äußern sich acht Personen in Bezug auf ihre Arbeitssituation in der Klinik als zufrieden: *B: Einmal das Team, dass man im Team arbeitet, dass man, ja, einfach gemeinsam sich zusammensetzen kann, besprechen kann, irgendwelche Problemfelder, Therapiemöglichkeiten. Und dass man einfach da, ja, irgendwie auch noch so ein bisschen geschützt ist, in*



*einem geschützteren Rahmen. Und auch immer noch nachfragen kann. Und wie gesagt, auch mit/ also im Team arbeitet. (Ffm\S03\_2013: 59-60)*

Und zehn Personen beziehen sich auf ihre Praxissituation, wie die folgenden Beispiele zeigen:

*B: Ja, der nimmt sich einfach die Zeit, mit mir alle Patienten durchzugehen. Und wenn ich wirklich unsicher bin bei Patienten, dann kann ich ihn immer rufen. (Ffm\S11\_2013: 46-48)*

*B: Sehr. Mein Chef kümmert sich sehr um uns, der fördert uns wo er kann. Er ist immer ansprechbar und bereit, was zu erklären und zu zeigen. Also ich kann das absolut nur empfehlen, da wo ich jetzt bin. Weil das auch sehr breit aufgestellt ist, wie gesagt, und man darf sehr viel machen. Man sieht viel. Ja. Nettes kleines Team. Kann ich nur empfehlen. (MR\N11\_2013: 38)*

Zufrieden sind die ÄiW vor allem, wenn die Arbeitsatmosphäre gut ist und es die Möglichkeit gibt Nachzufragen und zu Lernen und sie Wertschätzung von ihrem Arbeitgeber erfahren. Dies scheint öfter in der Praxis als in der Klinik gegeben zu sein, aber nicht ausschließlich.

### **Unzufriedenheit**

Unzufrieden sind 13 Befragte mit ihrer Kliniksituation und sechs Befragte in der Praxis. Außerdem äußern sich vier Befragte unzufrieden in Bezug auf das System der Weiterbildung.

Die Unzufriedenheit in der Klinik zeigt sich vor allem darin, dass die Arbeitsbedingungen sehr anstrengend sind, ÄiW das Gefühl haben, als ‚billige Arbeitskraft‘ genutzt zu werden und der Aspekt der Weiterbildung völlig zu kurz kommt:

*B: Ja, Learning by doing. Das ist ja furchtbar, wie das läuft. Also ich meine, man wird da geschmissen. [...] Und von Weiterbildung - was war da? Und irgendwann kamen dann die Basics und dann dazu muss man vor allem/ Um diese ganzen Scheine, also ich habe ja Innere machen wollen. Ich weiß nicht mehr, für Allgemeinmedizin braucht man ja auch irgendetwas zusammen da. Zum Beispiel Ultraschall oder Gastroskopie und so. Ja, das soll man in seiner Freizeit machen und selbst dann irgendwie muss man drum kämpfen und erst mal hinten anstehen, wenn man anfängt. Also ich habe halt gesammelt mit viel Einsatz, aber - ach, unzufrieden stellend. [...] (Ffm\S11\_2013: 51-56)*

*B: Erstens ist das meiner Ansicht nach ein sehr schlecht organisiertes Krankenhaus, was sehr veraltete Organisationsstrukturen hat, wenig computergestützt arbeitet, viel Zeit mit irgendwelchen Zetteln ausfüllen durchs Haus tragen verschwendet wird. Ich bin der Ansicht, dass es auch von der Struktur her schlecht ausgestattet ist. Nur so als Beispiel, es gibt irgendwie nicht mal, längst nicht mal für jeden Arzt einen eigenen Computer. [...] Und auch die personelle Ausstattung ist nicht so gut, trotzdem alle Stellen angeblich voll besetzt sind. (MR\N05\_2013: 12-14)*

*B: Man ist halt so ein bisschen - was die Weiterbildung angeht - ist man halt so ein Ballast. Das ist aber - muss man sagen - in der Klinik wird einem das eher bewusst. Oder, in der Klinik ist man ein größerer*

*Ballast weil die - zumindest da wo ich war - da waren relativ wenig Assistenzärzte beziehungsweise die meisten Assistenzärzte die da waren konnten dann auch kein Deutsch und so, also blieb es an den anderen übrig und die Oberärzte, die mussten halt immer irgendwelche Funktionen da machen, damit Geld in die Hütte kommt und die Assistenzärzte haben so ein bisschen auf den Stationen gespielt und da war die Fortbildung eigentlich/ oder die Weiterbildung bestand daraus, dass man aus seinen Fehlern lernt. Das ist irgendwie etwas - sagen wir mal - am Anfang desillusionierend [...]. (MR\N10\_2013: 36)*

Doch auch in der Praxis gibt es Umstände, mit denen die ÄiW unzufrieden sind. Das betrifft vor allem das Verhältnis zum WBE, die Breite der Funktionen und die Bezahlung.

*B: Ja, wir haben zu wenig ähm, Geräte, also keine Sonografie, kein Langzeit-EKG und ich persönlich bin großer Fan von Sonografie (. (I: //mbm//) (. Und die Bezahlung, muss man auch mal ganz ehrlich sagen. [...] ich hab noch nicht die Praxis gefunden, die den Mindeststandard von 4000Euro, die die KV auch mittlerweile fordert, zahlt. (Fjm\S06\_2013: 39-41)*

*B: Ja. Nicht unbedingt so zufrieden, also mein Weiterbilder ist halt schon 63 und hat einfach sehr viele Jahre nur so für sich/ vor sich hin gearbeitet und dadurch hat er einfach von vielen Sachen eine andere Vorstellung als ich so. (..) Und er hat sich, glaube ich, in den letzten Jahren selber nicht so weitergebildet und bringt mir einfach so Sachen bei wo ich dann denke, hm. Eigentlich nicht mehr so das was ganz aktuell ist. (Fjm\S09\_2013: 23)*

Unzufrieden sind die ÄiW auch über die Verantwortung, die sie haben, dadurch, dass sie auf sich alleine gestellt sind, beispielsweise bei Hausbesuchen.

*B: Ja, unter anderem das alleine Arbeiten. Vor allem bei den Hausbesuchen. Muss man ja dann vor Ort entscheiden, wie geht es weiter. Und da wäre es manchmal schon schön, wenn man sich dann auch mal beraten könnte. (MR\N03\_2013: 22)*

Darüber hinaus sind die ÄiW unzufrieden mit dem System und der Struktur der Weiterbildung, dass für die Facharztprüfung Zahlen gefordert werden, die Weiterbildungszeit sehr lang ist und dass aufgrund der verschiedenen Weiterbildungsabschnitte häufig rotiert werden muss.

*B: Inwiefern zufrieden? Mit der Betreuung? Inwiefern zufrieden mit diesem Gestückerle, also dieses blöde Gestückerle, wenn ich unter diese doofe Weiterbildung falle, ja, mit einem halben Jahr, einem halben Jahr, einem halben Jahr, dann muss ich sagen dann könnte ich glatt/ ja? Ich meine, dann ist mir nicht sehr wohl dabei. [...] ja, dass ich mir alles selber zusammen suchen muss und überall kratzen muss und sagen muss: Bitte, ich falle eventuell noch unter diese doofe Weiterbildung, könnten Sie mir eine Stelle für ein halbes Jahr anbieten? Und ein anderer Kollege von mir, oder Studienkollege, der mittlerweile in \* stationiert ist, der sagt: Ich stelle dich nicht ein, denn du fällst mir im ersten Jahr total auf den Wecker, weil/ ich verstehe ja das und das nicht, wie läuft es so und so, sagt er, ich investiere in dich, ja? In der Klinik. Und ich kriege aber herzlich wenig raus, weil ich alles noch mal drüber gucken muss und sagen muss, es ist okay. Und dann, wenn du anfängst mir zu nutzen, ja? Dann sagst du: Und tschüss, ja? Und deshalb, das finde ich sehr, das ist an der eventuell noch geltenden Weiterbildungsordnung für mich halt eben das schreckliche. (Fjm\S04\_2013: 16)*

*B: (.) Was mich stört. (.) Wenn man jetzt mal die Pat/, diese Weiterbildungsordnung sich anguckt, finde ich es irgendwie störend, dass da so Zahlen gefordert werden zum Beispiel. Das finde ich in manchen Bereichen irgendwie, ja/, braucht man das (Lachen) nicht unbedingt. (MR\N08\_2013: 42)*

## Entscheidung zur Allgemeinmedizin

Diese Kategorie enthält drei Unterkategorien: Zeitpunkt, Unsicherheiten und Gründe. Die Subkategorie Gründe wiederum enthält weitere zwölf Subkategorien, in denen die Gründe für die Allgemeinmedizin näher spezifiziert werden.

### Zeitpunkt

Der Zeitpunkt zur Entscheidung zum Facharzt für Allgemeinmedizin unterscheidet sich bei den Befragten. Für zwei Personen ist die Entscheidung schon während der Kindheit gefallen: *B: Da war ich noch im Kindergarten. (MR\N10\_2013\_04\_03: 28)*

Zwei weitere Personen haben sich vor dem Medizinstudium entschieden. Beispielsweise war es für diesen Arzt schon zu Studienbeginn klar, dass er Allgemeinmediziner werden will:

*B: Eigentlich vor dem Medizinstudium. Ich habe ja schon einen längeren Weg hinter mir. Ich habe ja vorher Jura studiert und habe dann halt zum Ende des Jurastudiums hin gemerkt, dass es jetzt nicht mein Traumberuf ist. [...] Und dann habe ich mich - wollte ich halt noch Medizin machen und das hat sich dann auch so entwickelt, das hat geklappt und da war eigentlich schon so klar, dass ich Allgemeinmedizin machen will. Also ja, es war irgendwie so die Art von Medizin, die ich halt am schönsten finde. (Fjm\S02\_2013\_02\_25: 14)*

Ein Drittel (n=8) der Befragten hat sich im Studium, häufig durch den Einfluss von Famulaturen, Blockpraktika oder PJ in der Hausarztpraxis für die Allgemeinmedizin entschieden.

*B: Das habe ich eigentlich schon im Studium entschieden. (I: Mhm. ) Und wir hatten im Studium mal so ein/ so eine Möglichkeit, ein Praktikum in einer allgemeinmedizinischen Praxis zu machen. Und ich habe auch eine Famulatur in einer allgemeinmedizinischen Praxis dann gemacht. Und das hat mir total gut gefallen und daraufhin habe ich mich entschlossen, eben Allgemeinmedizin zu machen. (MR\N08\_2013\_03\_14: 22-24)*

Ein weiteres Drittel (n=8) entschied sich erst in der Weiterbildung, während einer stationären Weiterbildungsphase in einer anderen Fachrichtung, für die Allgemeinmedizin.

*B: Also inzwischen habe ich immer daran gedacht, aber so eindeutig, ja, nach ein oder zwei Jahren, als ich in der Klinik gearbeitet habe. (Fjm\S07\_2013: 38)*

## **Unsicherheiten**

Sieben Personen (zehn Codierungen) sprechen Unsicherheiten bezüglich ihrer Entscheidung zum Facharzt Allgemeinmedizin an oder sagen, sie hätten sich noch nicht entschieden.

Unsicherheiten bestehen vor allem in der Angst sich einzuschränken und die Entscheidung im Nachhinein zu bereuen:

*B: Ich habe erst die internistische angefangen, weil man da ja leichter dann auch sagen kann, ich mache Allgemeinmedizin, als wenn man direkt allgemeinmedizinisch anfängt und sich umentscheidet. (Räuspern) Weil man dann nicht die Möglichkeit hat, von Anfang an auf die Intensivstation zu wechseln und in der Inneren auch anders gefördert wird. Und deswegen habe ich das mir am Anfang noch offen gehalten. (Ffm\S08\_2013: 26)*

Außerdem bestehen Unsicherheiten bezüglich der Verantwortung in der Praxis (B: *und gerne auch im Team arbeite und vielleicht mich so ein bisschen davor scheue, alleine und eigenverantwortlich [...] (Ffm\S03\_2013: 38-44)*), der Praxisorganisation (B: *[...] ich bin ein überhaupt nicht unternehmerisch denkender und handelnder Mensch und habe sicherlich, kann nicht besonders gut mit Geld umgehen und [...] Bin überhaupt nicht geschäftstüchtig, (MR\N02\_2013: 30)*) und der Breite des Faches (B: *das ist ein, halt ein riesiges Fach ist. Ja? Ist ja klar. Das hat mir auch immer großen Respekt eingeflößt. [...] (MR\N02\_2013: 58)*)

Außerdem bietet die Allgemeinmedizin einige Besonderheiten: Dadurch, dass die Ärzte gezwungen sind, die Stelle regelmäßig zu wechseln um ein möglichst breites medizinisches Spektrum kennen zu lernen, müssen sie sich gleichzeitig immer wieder in neue Stellen und Strukturen und Inhalte einarbeiten. Der Kontakt zur Allgemeinmedizin geht dadurch manchmal verloren, wie das folgende Beispiel zeigt:

*B:mhh, ich hab ganz lange mit mir gerungen, zwei Mal sogar, ähm, immer wieder so ne Stelle gehabt, wo man sich so denkt, ab, warum nicht doch das? Warum bin ich nicht verloren gegangen? Weil ich mir immer, (.) irgendwas sagte in mir immer, nee, du gehst jetzt erst in diese Richtung weiter, es ist toll, dass du diese Rotation machen kannst, zurück kommen kannst du immer noch, diesen anderen Schritt in die andere Richtung gehen, das wird schwierig. [...] (MR\N07\_2013: 35)*

## **Gründe**

Ebenso wie die unterschiedlichen Lebenswege und Verläufe der Weiterbildung, haben die Ärzte auch ganz unterschiedliche Gründe, den Facharzt Allgemeinmedizin anzustreben.

Am häufigsten werden das breite Spektrum (23 Codierungen), die Beziehung zum Patienten (elf Codierungen) und die Arbeitsbedingungen (zehn Codierungen) genannt.

Das breite Spektrum in der Allgemeinmedizin wird von 15 Personen hervorgehoben. Dabei werden das breite Patientenkollektiv mit unterschiedlichen Krankheiten genannt und

der Wunsch kein *Fachidiot zu sein* (Ffm\S10\_2013: 28), die Vielseitigkeit und Interdisziplinarität in der Allgemeinmedizin (B: *Also schon, dass ich immer schon Schwierigkeiten (Lachen) hatte, mich auch im Studium vielleicht für einen Fachbereich so oder für ein Fachgebiet zu entscheiden. Die innere Medizin fand ich immer spannend und interessant. Chirurgie war mir irgendwie klar, das will ich nicht so machen in die Richtung. Und würde gerne auch ein bisschen mehr Zeit mit den Patienten haben. Und dass man das schon eher mit der Allgemeinmedizin oder der Psychotherapie oder halt in der Richtung, Osteopathie, auch verbinden kann.* (Ffm\S03\_2013: 46)) sowie die Funktion derjenige zu sein, der die Erstauswahl bei den Patienten trifft. Wichtig scheint den Befragten das breite Wissen:

B: *Die Hauptfaktoren, nachdem ich ja lange in mich gegangen war, waren das breite Wissen, also diese Nichtspezialisierung auf dieses/ diesen Tunnelblick mal wegstreichen, ja?* (Ffm\S04\_2013: 14)

Und der Blick auf den ganzen Menschen:

B: *Ja so dieses Gesamte einfach. Also dass ich nicht so einen, sage ich mal, Fachidiot für eine Sache bin, sondern dass man halt so diesen gesamten Menschen einfach betrachtet. Und viele Aspekte einfach hat, die man dann behandelt. Also nicht nur Kardio oder nicht nur das, sondern den ganzen Menschen vor sich hat und eben den über eine lange Zeit betreut.* (MR\N09\_2013: 50)

Das spiegelt sich auch darin wieder, dass sich elf Aussagen auf die Patientenbeziehung beziehen. Hierbei werden vor allem die langjährige Begleitung, oftmals über Generationen, sowie die Betreuung vieler Familienmitglieder, Hausbesuche und die Dankbarkeit und Wertschätzung seitens der Patienten aufgrund der vertrauensvollen Beziehung zu ihrem Hausarzt, mit dem sie all ihre Probleme – psychische und physische – besprechen können, genannt. Dies wird in den folgenden Aussagen deutlich:

B: *mir hat eigentlich dann gleich gefallen an der Allgemeinmedizin, dass man so eine, (...) ja, so seine Beziehung aufbaut zum Patienten. Das sieht man ja, dass das auch über mehrere Generationen geht. Und dass man da viel Wertschätzung erfährt.* (Ffm\S10\_2013: 26)

B: *Und ich freue mich eigentlich so also a, dass man halt häufig mehrere Familienmitglieder betreut. Also eine ganze Familie über eine lange Zeit einfach und ich mag auch gerne so Hausbesuche.* (MR\N09\_2013: 46)

B: *Ja, man hat einen ganz anderen Patientenkontakt natürlich, weil man, ja, weil die Patienten natürlich in einer Praxis so in allen Lebenslagen zu einem kommen, mit allen bunt gemischten Problemen, sowohl persönlich, privat als auch medizinischen.* (MR\N02\_2013: 26)

Ausschlaggebend für die Entscheidung zur Allgemeinmedizin sind für neun Ärzte auch die schlechten Arbeitsbedingungen, die sie in der Klinik erfahren haben: B: *und weils natürlich auch bessere Arbeitszeiten hat, ((lacht)) also wir hatten so 90 Wochenstunden in der Klinik, manchmal auch 100 und mit 24-Stundendiensten am Stück und das ist einfach nicht kompatibel, ich war da auch einfach zu erschöpft dann am Ende nach dreieinhalb, vier Jahren* (MR\N01\_2013: 12) und dass man auch

*mal rauskommt, gerade auf dem Lande, und Hausbesuche macht und so was, tagsüber. (MR\N06\_2013: 38)*

Die besseren Arbeitsbedingungen werden häufig mit einer besseren Familienvereinbarkeit (acht Codierungen) genannt: B: *Damit verbunden auch die Hoffnung auf irgendwie eine Arbeitszeitgestaltung, die so flexibel ist, dass man das vielleicht auch mit Familie oder Hobbys noch verbinden kann. (MR\N05\_2013: 30)* Die Arbeitsbedingungen spiegeln sich auch in der Möglichkeit zur Selbstständigkeit (fünf Codierungen) (B: *weil das war von Anfang an wichtig, dass ich mich niederlassen will im ambulanten Bereich und dass ich mein eigener Chef sein will und deswegen nicht immer im Krankenhaus arbeiten möchte (Ffm\S10\_2013: 26)*) und weiteren vielfältigen beruflichen Möglichkeiten wider (vier Codierungen), (B: *Und auch den Facharzt selber kann man noch für alle möglichen weiteren Stellen dann nutzen. Kann man in sehr viele Sachen quer einsteigen. (MR\N03\_2013: 16)*

Für fünf Personen spielen auch die Unzufriedenheit in einer anderen Fachrichtung (sechs Codierungen) und der einfache Wechsel zur Allgemeinmedizin (vier Codierungen) eine Rolle. B: *Ja, also ich wusste schon länger, ich war schon unzufrieden und ich wusste, es liegt nicht an der Stelle. Ich hab mich total gut mit meinen Kollegen verstanden und auch mit meinen Vorgesetzten und hab irgendwie gemerkt, dass ich so unzufrieden bin, das liegt daran, dass das nicht so 100%ig auf mich passt. (MR\N01\_2013: 14).* Mit der Suche nach einer Alternative bot sich dann zum Beispiel die Allgemeinmedizin an: B: *habe ich gedacht, jetzt wird es mal Zeit, dass man überhaupt mal irgendein Facharzt wird und dann bot sich da Allgemeinmedizin an, weil da hat dann ja nicht mehr viel gefehlt. (MR\N02\_2013: 10)*

Für fünf Personen war schon immer klar, dass sie Hausarzt werden wollen: B: *Jaja. Für mich/Da kam nichts anderes in Frage. (Ffm\S13\_2013: 24),* manchmal eine Entscheidung, die dadurch geprägt wurde, dass schon der Vater und der Großvater Allgemeinärzte waren, B: *Ja. Also es ist bei mir im Ort, ich komme dort auch her, das ist die Praxis von meinem Vater und davor hat es mein Großvater gemacht und davor mein Urgroßvater. (MR\N10\_2013: 24)* Und weitere Aussagen schließen darauf, dass Familie und Bekannte einen Einfluss auf die Entscheidung hatten (vier Codierungen): B: *Über einen Bekannten, der bei uns im Dorf gewohnt hat quasi, der Allgemeinmediziner ist und mir erzählt hat, wie gut es ihm geht, wie toll es ihm geht, was für ein Leben er quasi hat neben dem Beruf. Und, ja. Da hat er mich mitgenommen und hat mir alles gezeigt und dann ist eigentlich der Gedanke so gereift und dann ist das konkret geworden alles. (MR\N11\_2013: 22).* Weitere sechs Personen berichten, dass bei Ihnen hauptsächlich der gute Eindruck durch das Studium oder Praktika in der Hausarztpraxis zur Entscheidung geführt hat, wie zum Beispiel in diesem Interview deutlich wird: B: *Ja, also das Interesse daran ist eigentlich entstanden*

durch das Blockpraktikum Allgemeinmedizin und Studium. Das war, glaube ich, relativ zum Ende, im 10. Semester oder so. Und ja, diese 2 Wochen haben mir einfach wirklich gut gefallen. Ich fand das breite Spektrum interessant und auch, dass man da halt einfach so längere Verläufe mal mitbekommt, die Leute richtig gut kennenlernen kann. Ja, genau, das waren eigentlich so die Gründe. (MR\N05\_2013: 22)

Weitere vier Aussagen wurden der Kategorie Sonstiges zugeordnet, wie zum Beispiel: B: Ich weiß alles, was im Dorf los ist (Lachen) als Allgemeinmediziner. (Lachen) (Ffm\S13\_2013: 28).

## Unterstützungsbedarf

Die Interviewerin fragte die Teilnehmenden explizit nach ihrem Bedarf an Unterstützung während der Weiterbildungszeit. In dieser Kategorie wurden zwei Subkategorien gebildet: Bedarf an Unterstützung (31 Codierungen) und kein Bedarf an Unterstützung (acht Codierungen).

Sechs Personen machen Angaben sowohl zum Bedarf, als auch dazu, keinen Bedarf zu haben, dies ist abhängig von der geschilderten Situation. Insgesamt überwiegen die Aussagen zum Bedarf gegenüber den Aussagen zu keinem Bedarf. Nur eine Person macht lediglich eine Aussage dazu, keinen Bedarf zu haben, und eine Person äußert sich dazu gar nicht (siehe Abbildung 13).

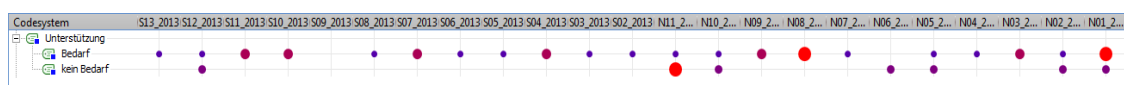


Abbildung 13: Code-Matrix-Browser zum Unterstützungsbedarf

## Bedarf an Unterstützung

In der Kategorie Bedarf an Unterstützung nennen die Teilnehmenden vor allem zwei Aspekte: Eine Person, die unterstützen kann und Themen beziehungsweise Situationen, zu denen Unterstützung fehlt.

An Personen, von denen sie sich Unterstützung wünschen, fallen den ÄiW vor allem ihre Oberärzte und Kollegen ein: B: Also wo man arbeitet, dass, Beispiel in der Klinik die Oberärzte oder in der Praxis bei wem ich, bei dem ich Weiterbildungen, dass sie bisschen mehr Zeit haben und wir setzen zusammen und reden und zeigen. (..) (Ffm\S07\_2013: 60) oder B: Ja, gut. Ich habe meine Kollegen dann angerufen. Das geht ja auch. Dann haben die halt versucht, aus der Ferne zu helfen. [...] Na gut, aber wenn man in der Klinik ist und alleine ist und hat dann Nachtdienst, dann steht man auch oft alleine da. (MR\N03\_2013: 28-30)

Auch externe Personen, wie beispielsweise ein Mentor, werden genannt: B: (.) Hm, aktuell nicht, aber so in der Klinikzeit hätte ich manchmal gerne jemanden gehabt, wo man dann einfach einer

*neutralen Person vielleicht mal was schildert. Und einfach dann vielleicht auch noch mal, ja, so von außen eine Meinung dazu bekommt, nicht? (MR\N08\_2013: 122)*

Ein Arzt berichtet, er habe sich die Unterstützung meistens aus dem privaten Bereich gezogen. (MR\N09\_2013: 126)

Mehrere Ärzte wünschen sich zur Unterstützung Austausch mit anderen Allgemeinmediziner: B: [...] Für später, für die Praxis könnte ich mir noch weiter Hilfe von anderen Allgemeinmediziner mit erwarten, ja. Da aber wie gesagt, Programm, was wir da starten, das finde ich sehr gut, finde ich sehr hilfreich. Austausch mit anderen auch noch, wie das da läuft (MR\N11\_2013: 48), weil man sich nirgendwo so heimisch [fühlt] [...]. Wenn ich sage, ich will eigentlich nur ein halbes Jahr kommen, bis ich mich eingearbeitet habe, dann bin ich wieder draußen, ja? Dann muss mich wieder komplett oder stelle ich mich wieder komplett um und da, ja, außer zu den Fortbildungen und zu den, ja, Fortbildungen für Allgemeinmedizin, in \* sehe ich nie die gleichen Gesichter, nie. Schade. (Ffm\S04\_2013: 20)

Die Themen, die eine Rolle spielen, sind breit gefächert, es geht um *Praxissuche, das fand ich auch ziemlich schwierig, weil ich niemanden kannte vor mir, der das gemacht hat, in die Allgemeinmedizin zu wechseln* (Ffm\S08\_2013: 40) oder darum zu wissen, *was kann ich überhaupt fordern vom Gehalt her genauso wie von Urlaub oder sonstigem* (Ffm\S08\_2013: 40), *um schwierige[n] Situationen [...] einen schwierigen Patienten* (Ffm\S02\_2013: 24-26) oder auch um *eine Information [...] mit dem Fördergeld und mit dem ganzen Kram [...] [oder falls ich] nochmal schwanger werde. Wie das dann ist, wenn ich in die Elternzeit gebe? Mit der Förderung und so weiter und so fort.* (MR\N09\_2013: 60) oder Informationen zu den Zahlen, die man erbringen muss und Rotationen.

Weitere Themen drehen sich um die Praxisorganisation. B: *Jede Klinik ist anders, andere Patientenprofil und natürlich hier in der Praxis, das ist auch, es gab viel neue Dinge, zum Beispiel mit diesem, soviel Formulare ausfüllen, ich wusste gar nicht, was dürfen wir, was dürfen wir nicht. Wo soll ich das finden? Wie soll ich das ausfüllen?* (Ffm\S07\_2013: 52)

Vor allem wird externe Unterstützung benötigt, in Phasen, in denen der AiW zweifelt an seiner Entscheidung in die Allgemeinmedizin zu gehen oder sogar in stationären Phasen der Weiterbildung abgeworben wird:

B: *(.) ein Punkt wo ich Unterstützung gebraucht hätte, [...] war bestimmt, diese Phasen, wo ich am Anfang so ein bisschen gezweifelt habe, weil (.) ich hatte gar nicht so viel Allgemeinmedizin gehabt, habe immer noch nicht so viel allgemeinmedizinischen Background, das heißt ich hab, äh, eine Famulatur gemacht und habe dieses Blockpraktikum gemacht, das wars, was ich an Allgemeinmedizin gesehen hab [...] so dass man recht leicht anfangen kann zu zweifeln, ja? Und ähm, in diesen Phasen, wo man dann zweifelt, hmm, macht man nicht doch Innere Medizin, weil das auch früher so ne Überlegung war, die ich hatte, ob ich das mache, (I: / / mbm/ /), ob das nicht was für mich wäre (.), das war schon so ne Phase, wo*



*ich doch ganz gerne mit jemandem drüber gesprochen hätte, aber das konnte ich in dem Moment gar nicht, also zumindest, ich konnte zum Beispiel nicht mit dem \* darüber reden direkt, weil das war ja mehr oder weniger so, hier, die versuchen mich abzuwerben, was mach ich denn jetzt damit? (MR\N07\_2013: 43)*

Und manch einer braucht einfach nur so ein Backup. (MR\N09\_2013: 126)

### **Kein Bedarf an Unterstützung**

Sieben der Befragten machen Aussagen dazu keinen Bedarf an Unterstützung zu haben. Keinen Bedarf sehen sie vor allem, weil ihnen keine Unterstützung angeboten wurde und sie demnach alleine zurechtkommen mussten (B: *Also mittlerweile habe ich mich da ja schon einigermaßen durchgewurschtelt, ich bin ja jetzt schon im dritten Jahr (Fjm\S12\_2013: 31)*), auch wenn es zwischendurch durchaus Situationen gab, in denen eine Unterstützung hilfreich gewesen wäre:

*B: Es gab harte Situationen, aber ich habe gar keine Unterstützung erwartet mehr. (I: Mhm. Mhm. ) Also, ich habe gar keine vermisst, weil ich nie mehr damit gerechnet habe, dass ich Unterstützung bekomme. (MR\N06\_2013: 74-78)*

Eine andere Person hat keinen Bedarf, da sie auf der Arbeit durch Chefs und Kollegen gut unterstützt wird:

*B: In meiner aktuellen Arbeit? Glaube ich weniger, weil die schon gut aufgestellt sind mit dem Chef und der Oberärztin. (MR\N11\_2013: 48)*

Und eine weitere Person sieht die Probleme als strukturelle Probleme, an denen auch eine externe Person nichts ändern kann:

*B: Was so die anderen Probleme angeht, die ich da sehe, bin ich da eher skeptisch, weil ich denke eher, dass diese Missorganisation und diese fehlende personelle aber auch strukturelle Ausstattung, ja, die wird man nicht verändern können. Also weder jetzt durch Hilfe an mich von außen, noch irgendwie ich selbst da. Ich bin da jetzt eigentlich schon an so einem Punkt, dass ich denke, entweder man akzeptiert das so oder man sucht das Weite [...]. (MR\N05\_2013: 32)*

### **Das ideale Mentoring**

Die Teilnehmenden wurden nach ihrer Vorstellung zum idealen Mentoring befragt. Nach einem freien Assoziieren wurden verschiedene Aspekte (Ort der Treffen, Häufigkeit, Form (Gruppen- oder Einzelmentoring), Termin, Themen und Mentor) angesprochen. Diese Aspekte bilden die Subkategorien der Kategorie Ideales Mentoring. Zusätzlich entstand eine induktiv gebildete Subkategorie zum Austausch.

## **Austausch**

In zwölf Aussagen betonen die Befragten, wie wichtig ihnen der Austausch mit anderen ÄiW ist: B: (...) *Ja, eigentlich/ ich denke, es sollte ein Erfahrungsaustausch sein. (...) Was man so erlebt hat. Und was man daraus schließen kann und/ oder für Schlüsse ziehen kann. Und ein/ vielleicht einfach die/ wie man die Weiterbildung gestalten kann. Sich darüber austauschen.* (Ffm\S10\_2013: 56)

## **Form des Mentoring**

Daher scheint auch das Format der Gruppe für die ÄiW attraktiver zu sein als das Einzelmentoring, oder zumindest die Form der Gruppe plus Einzelmentoring nach Bedarf. Die Gruppe bietet den Vorteil, dass man *Anregungen [bekommt], weil man vielleicht ja gar nicht daran denkt, an alles, an alles was einen da so/ auf einen da zukommen kann oder einen betreffen kann. [...] und die Fragen klären kann gemeinsam in der Gruppe [...]* (Ffm\S03\_2013: 120) und *[...] Feedback bekommt.* (Ffm\S03\_2013: 118) Außerdem hat man da *die gegenseitige Unterstützung [...]. Und einige haben Erfahrungen schon gemacht, die ich noch mache (.) ja.* (MR\N04\_2013: 66)

Eine Teilnehmerin betont, dass *Mentoring [...] immer dann gut oder erfolgreich [ist], wenn man sich als Teil von ner Gruppe wahrnimmt und dann innerhalb dieser Gruppe interagiert und auch austauschen kann. Und dahin führen, ja, total viele Wege, ne, [...] das ist super, dass man so raus aus der Anonymität kommt und die Möglichkeit hat, einfach, ähm, dass die, dass die Mitstreiter irgendwie so Gesichter kriegen, und dass man da dann einen anderen Blick für hat.* (MR\N01\_2013: 62)

Hier zeigt sich der Wunsch nach einem Zugehörigkeitsgefühl zu anderen ÄiW und vielleicht auch zur Allgemeinmedizin. Neben der Möglichkeit Fragen zu stellen und Informationen zu bekommen, spielt die emotionale Heimat eine wichtige Rolle.

Die Gruppe sollte daher eher klein sein: *(.) also, ich denke erst mal, dass man sich, dass die Gruppe nicht zu groß sein darf. also, max. 10 Leute.* (Ffm\S05\_2013: 69)

Elf Teilnehmende können sich auch vorstellen, dass *es aus einem Teil besteht, der in der Gruppe stattfindet, aber vielleicht auch im Einzelteil, wenn [man] doch eben gewisse Hemmungen hat alles in der Gruppe preiszugeben. Einen Großteil kann man aber auch wiederum in der Gruppe erledigen und es gibt sicherlich viele gleiche Fragen, die man sozusagen dann effektiver behandeln kann.* (Ffm\S05\_2013: 53)

Auch der Einzelkontakt bringt Vorteile, vor allem bei einem konkreten Bedarf:

B: *Beides eigentlich. Ich denke, Gruppe so/ Ja, aber wenn man so konkrete Probleme hat, dann - dass man auch einfach anrufen kann und nicht viel Zeit verliert, sondern dann sich auch mal direkt trifft. Weil es gibt schon wahrscheinlich ziemliche Probleme die er hat, die andere vielleicht nicht interessieren in dem Moment. Also nichts auf regelmäßiger Basis, sondern einfach wenn was ist, dass man sich melden kann.* (Ffm\S11\_2013: 84)

Dann sollte der Mentor am besten per Mail oder Telefon erreichbar sein:

*B: Und vielleicht, dass man (Räuspern) den Mentor, den man hat, dass der auch außerhalb dieser Meetings ansprechbar wäre für wirklich wichtige Dinge. Das muss jetzt nicht dann von jetzt auf gleich irgendwie beantwortet sein oder der muss auch nicht erreichbar sein, aber vielleicht das man irgendwie eine E-Mail-Adresse hätte, dass man ihm dann irgendwas ganz doll auf der Seele brennt, was jetzt nicht noch drei Monate warten kann, einfach mal mailen könnte oder so. (Ffm\S08\_2013: 90)*

Nur vier Personen präferieren den Einzelkontakt, entweder weil sie sich als Person in einer Gruppe nicht so wohl fühlen oder weil sie immer die Vorstellung von Mentoring als Eins zu eins-Kontakt hatten. Die Teilnehmenden sehen dennoch, dass ein Gruppenmentoring sich aufgrund der besseren Organisierbarkeit anbietet: *B: Also Mentoring, im ersten Moment denkst Du eigentlich fast so ein bisschen an Einzelbetreuung, verbindest Du. Jetzt ist es ja so, dass glaube ich das Konzept Gruppenbetreuung ist. Aber es ist klar, es muss ja irgendwie organisierbar bleiben. Aber trotzdem natürlich irgendwo eine Art Einzelbetreuung, wo der Bedarf da ist, dass man halt wirklich jemanden hat, wo man sagt hier auf direktem Wege: Ich habe das und das Problem. (Ffm\S02\_2013: 36)*

### **Termin, Treffpunkt, Häufigkeit**

Die Mentoringgruppe sollte sich am besten an einem Mittwochnachmittag treffen (*B: Ja, das ist okay. Wenn jemand in der Praxis arbeitet, dann Mittwoch ist gut. Also Mittwoch oder Freitag. (..)* (Ffm\S07\_2013: 110)). Dies wird vor allem von den ÄiW aus der Praxis präferiert, danach folgt der Freitag. Drei Personen können sich auch den Samstag gut vorstellen, zwei weitere allerdings betonen, dass *das/ auch Wochenende [ist] ja auch für viele heilig [ist]. Also das ist dann vielleicht nicht so gut. Also unter der Woche lässt sich das schon ganz gut realisieren. (Ffm\S10\_2013: 52)* und am besten auch nicht in den Ferien. Den ÄiW, die in der Klinik arbeiten, ist der Wochentag eigentlich egal. Für einige ist es auch wichtig, dass der Termin abends stattfindet.

Der Ort der Treffen sollte möglichst nah und gut zu erreichen und eher ein ruhiger, neutraler, geschützter Rahmen mit einer angenehmen Atmosphäre sein.

Die Befragten können sich ein Treffen alle zwei bis drei Monate vorstellen (n=18). Manche (n=3) wünschen sich auch monatliche Treffen, andere (n=2) sind der Meinung es reicht, sich zweimal im Jahr zu sehen.

### **Themen**

Die Themen (73 Codierungen) im Mentoring sind so breit wie die unterschiedlichen Weiterbildungswege und damit verbundenen Hürden und verschieden je nach Weiterbildungsstand.

An erster Stelle wird Organisatorisches bezogen auf die Weiterbildung, wie beispielsweise die Gestaltung der eigenen Weiterbildung, Rotationsmöglichkeiten, Stellenwechsel, Anerkennung von Weiterbildungszeiten, der Besuch von Fortbildungen und der Erwerb von Zusatzqualifikationen und Fördermöglichkeiten genannt. Hier spielen auch Fragen wie Förderung während Schwangerschaft und Elternzeit eine Rolle. Die Themen werden in den folgenden Beispielen deutlich:

*B: [...] mir gehts eigentlich darum, organisatorische Sachen, [...] in welcher Phase man was am besten macht, wie was zu organisieren ist, ob man, ob sich irgendwelche anderen Zusatzweiterbildungen oder irgendwie was, ob die sich lohnen, ob, ähm, man da als Allgemeinmediziner von profitiert, oder ob das eigentlich ein Quatsch ist. (Ffm\S12\_2013: 57-59)*

*B: Auch mit dem Fördergeld und mit dem ganzen Kram. Wie lange das geht. [...] Wenn ich jetzt während der Weiterbildungszeit, was sicherlich passieren wird, nochmal schwanger werde. Wie das dann ist, wenn ich in die Elternzeit gehe? Mit der Förderung und so weiter und so fort. (MR\N09\_2013: 60)*

*B: [...] aber am Anfang hatte ich auch bisschen einiges Hilfe gebraucht. Wo soll ich eine richtige Klinik finden? Wo soll ich eine richtige Praxis finden? Wie läuft das? (Ffm\S07\_2013: 88)*

Die ÄiW möchten auch über ihre Rechte informiert sein und auch darüber, was sie in einer Stelle fordern können, auch bezüglich des Gehaltes: *B: Wie gehts dem oder wie viel verdient der irgendwie, was, also dass man einfach so ein paar Vergleichsmöglichkeiten hat, das ist gut (MR\N01\_2013: 60-61).*

Einige Befragte (neun Codierungen) haben den Wunsch medizinisch-fachliche Fälle zu besprechen, für andere ist klar: *B: Also medizinisch wüsste ich es nicht. Ach ja, natürlich! Ha, wie geht es weiter? Was nach der Facharztprüfung? Was die Vorteile sind vom Angestellten oder was bedeutet das jetzt, in die Praxis einzusteigen? Da kriege ich schon die Krise, wenn ich denke, dass ich da Kredit aufnehme und irgendwo mit einsteige. [...] Und irgendwie machen das alle und da frage ich mich, wie funktioniert das denn? Ja, das wären die Themen! Ja. (Ffm\S11\_2013: 121)*

Dieser Person ist, genau wie vielen anderen (neun Codierungen), das Thema der eigenen Zukunft wichtig, eine Orientierung zu gewinnen, welche Möglichkeiten es gibt und welche Risiken eine Praxisgründung mit sich bringt. Um darauf vorbereitet zu sein wünschen sich sieben Befragte auch Infos zu den Themen Praxisführung und Formularwesen. Bevor es um die Zukunftsplanung geht, wünschen sich fünf Personen eine Vorbereitung auf die Facharztprüfung.

*B: Ich habe eigentlich auch daran gedacht, also zwei Schwerpunkte haben wir, womit wir bisschen Schwierigkeiten haben. Also Vorbereitung auf die Prüfung und andere Sache, wie mache ich das, wenn ich langsam fertig bin, wie soll ich das weitermachen? Was kann ich machen? Oder wozu habe ich noch relativ wenig Erfahrung? Diese ganze Organisation, das ich sofort Beispiel eine Praxis kaufe oder irgendwas. Also dabei brauchen wir schon Unterstützung und verschiedene, ja, Vorschläge. [...] (Ffm\S07\_2013: 88)*

Auch die Themen Zweifel in der Weiterbildungszeit, Probleme mit den Arbeitsgebern oder schwierigen Patienten möchten die ÄiW gerne besprechen. Ebenso wie die Frage nach der eigenen Rolle, den eigenen Kompetenzen und die Frage *Werde ich jemals ein guter Allgemeinmediziner überhaupt sein oder nicht?* (MR\N02\_2013: 56)

Für einige spielt auch das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. die Work-Life-Balance eine große Rolle:

*B: (...) also wirklich ideal wäre es, wenn das nicht auf medizinischer Ebene bleiben würde, sondern wenn man den Menschen als Ganzes sieht. Gerade in der Allgemeinmedizin finden sich viele, die versuchen, sich der Problematik Familie und Beruf Herr zu werden, und wenn das damit auch, also wenn das auch, eingebunden wird, dann wird das sicher gut.* (Ffm\S05\_2013: 63)

### **Mentor**

An einen Mentor stehen hohe Anforderungen. Es ist klar, dass der Mentor ein erfahrener Facharzt sein sollte, der auch andere Ärzte bereits weitergebildet hat:

*B: [...] das wäre sicherlich sinnvoll, wenn der auch schon mal einen Assistenzarzt ausgebildet hat, bis zum Facharzt begleitet hat, das wäre sicherlich sinnvoll, einfach, dass er, dann hätte ich das Gefühl, der hat das schon mal durchgemacht oder hat das zumindest mitbekommen, wie das einer durchmacht, und dann kann ich ihm nochmal ne Frage stellen, wenn die noch bekannt sind, oder, also das fänd ich schon wichtig, wenn derjenige schon ausgebildet hat oder da schon Erfahrung hat. [...]* (Ffm\S12\_2013: 61)

Darüber hinaus ist den Befragten sehr wichtig, dass man sich mit dem Mentor gut versteht, einen guten Draht zueinander hat. Der Mentor sollte sympathisch, freundlich, nett, offen und vor allem empathisch sein und *auf die Bedürfnisse des jeweiligen eingehen [...] [und] den persönlichen Werdegang bisschen besprechen [...]*. (Ffm\S10\_2013: 44) Neun Personen betonen, dass der Mentor ein fester Ansprechpartner ist, zu dem man eine Beziehung aufbauen kann:

*B: Also vielleicht dass man einen Ansprechpartner hat, den man auch häufiger, also über eine längere Zeit hinweg Dinge fragen kann, der also auch schon auf Dinge aufbauen kann. Der einen schon kennt. Dass man jetzt nicht wieder irgendwie alles erzählen muss, wann man angefangen hat und wo und was man jetzt irgendwie macht.* (Ffm\S08\_2013: 64)

*B: [...] Also ich finde es einfach schon mal beruhigend, dass jemand einfach da ist, [...] wenn ich das Gefühl habe, ich brauche Hilfe, dass jemand da ist. Einfach das ist schon mal wichtig, glaube ich. Also wie gesagt, als Ansprechpartner da sein.* (MR\N09\_2013: 106)

Wichtig ist den Teilnehmenden auch, dass der Mentor über Informationen verfügt, auch bezüglich fachlicher Fragen auf dem neuesten Stand ist (*B: der wirklich Erfahrung hat im allgemeinmedizinischen/ in der allgemeinmedizinischen Praxis und auch wissenschaftlich irgendwie auf der Höhe ist* (Ffm\S09\_2013: 45)) und gute Kontakte zur LÄK, KV und anderen Akteuren der Weiterbildung hat.

Es werden von den ÄiW einige Eigenschaften genannt, über die ihrer Meinung nach ein idealer Mentor verfügen sollte:

*B: Der Mentor oder die Mentorin sollten zugewandt sein. Und interessiert, das ist ganz wichtig. Und engagiert und motiviert. Und halt auf die Fragen eingehen und auch ernsthaft und empathisch dann mit Rat und Tat zur Seite stehen. [...]* (Ffm\S10\_2013: 58)

*B: Nett! Kein Angst-Einflüsternder. (lacht) Kompetent natürlich, dass er halt an Informationen kommt, das wäre selbstverständlich. Ja, sonst?* (Ffm\S11\_2013: 132)

*B:[...] ja, der muss ne offene und kommunikative Art haben, glaub ich, ähm, sollte, ja, sollte natürlich keine großen Vorurteile haben, jeden gleich offen behandeln, ähm, dass er nicht dem einen bevorzugt, für alle gleich da ist. [...] Mhh, ja und wenn er sich dann einfach empathisch um die Probleme kümmert, [...] einfach nur so ein Feedback oder ein Tipp und eine Hilfestellung.* (MR\N07\_2013: 86)

Außerdem sollte der Mentor *auch ein bisschen pädagogisches Talent [hat] [haben]. (..) Und auch Spaß an der Sache* (Ffm\S09\_2013: 63). Darüber hinaus sollte der Mentor eine Gruppe strukturieren, moderieren und leiten: *B: Er muss organisieren können, Treffen organisieren können und muss den Rahmen schaffen. Und muss Raum lassen für die Gespräche, die dann eventuell laufen und er muss ein Gespür für die Gruppe haben.* (MR\N03\_2013: 72) *Er sollte eine gute Atmosphäre schaffen und die Probleme, die da vielleicht auftauchen, mit auffangen [kann]. Insgesamt die Struktur auch am Leben [...] [erhalten], dass das bestehen bleibt, dass man in diesen Gruppen halt weiter sich trifft.* (MR\N03\_2013: 70) *Und vor allem also auch so, wie Sie sagen: Wir sind für Sie da. Schon allein dieses da sein, ja? Und ich bin nicht alleine! Ich bin nicht alleine so auf diesem ganzen/ das hilft schon ungemein, das ist echt, echt toll.* (Ffm\S04\_2013: 36)

### **Mentoringprogramm des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin**

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie sie vom Mentoringprogramm des WBK Allgemeinmedizin erfahren haben, welche ersten Gedanken sie dazu hatten und welche Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen sie in Bezug auf ihre erste Sitzung haben.

#### ***Kennenlernen des Mentoringprogramms***

Sieben Personen haben über ihren Chef vom WBK erfahren und sich daraufhin angemeldet: *B: Ja, als ich letztes Jahr in der neuen Praxis angefangen habe. Der Dr. \*, der arbeitet auch, ist halt auch Lehrbeauftragter hier in \* und der wusste das schon gleich. Ich wusste das nicht, aber der hat gleich gesagt, da musst du mitmachen und hat mich dann gleich angemeldet. Ja, fand ich gut. (..)* (MR\N02\_2013: 46-50). Weitere vier Personen haben einen Artikel im Hessischen Ärzteblatt gelesen und sich daraufhin angemeldet. Drei Personen haben vom WBK direkt von Personen aus den allgemeinmedizinischen Abteilungen in Frankfurt am Main und Marburg

erfahren und weitere sechs Personen haben über den E-Mailverteiler der HESA die Informationen zum Weiterbildungscolleg erhalten. Drei Personen sind während der Suche im Internet nach Informationen zur Weiterbildung Allgemeinmedizin auf die Homepage der Kompetenzzentren gestoßen und haben auf diese Art vom WBK erfahren. Acht Personen haben erst beim ersten Seminartag realisiert, dass das Mentoring Teil des WBK ist:

*B: Das war eigentlich im, also, das Mentoring, das lern ich gerade erst kennen, also das am/im Rahmen des Seminars jetzt. (MR\N07\_2013: 45-46)*

Und drei Personen sprechen explizit die Verknüpfung von Seminar- und Mentoringprogramm an, z.B. *B: also ich hab das in dem Zusammenhang das nicht nur vom Mentorenprogramm, sondern auch vom Seminarprogramm gehört und fand das natürlich ne gute Sache. Überhaupt, dass sich jemand ja überhaupt für einen Assistenzarzt interessiert, das ist ja was ganz besonderes. (Ffm\S05\_2013: 49)*

### ***Erster Gedanke zum Mentoringprogramm***

Allen Teilnehmenden wurde die Frage nach ihrem ersten Gedanken zum Mentoring gestellt.

Überwiegend waren die Gedanken dazu sehr positiv:

*B: Ich finde das sehr gut. (..) (Ffm\S07\_2013: 80)*

*B: Ich fand es toll, dass sich Leute dafür einsetzen. Dass da was aufgebaut wird. Weil, Allgemeinmediziner sind so in der Klinik immer so ein bisschen verrufen, so nach dem Motto na ja die vom Land, die können eh nicht so viel Anführungszeichen, ja. Aber das stimmt doch gar nicht und das sind halt wirklich/ Das da jemand sich wirklich drum kümmert auch und das fördern will und dieses in Anführungszeichen Klischee da irgendwie, ja, widerlegen möchte. [...] (MR\N11\_2013: 72-74)*

*B: äh, erster Gedanke war, super, hier bin ich richtig ((beide lachen)). [...] (MR\N01\_2013: 55-60)*

*B: Schön, toll! Schön, dass es halt so was gibt, ja? Nein, positiv. Also toll, dass so etwas halt auf die Beine gestellt wird. Weil ja die Allgemeinmedizin ein bisschen so halt eher untergeordnet ist oder nicht so gefördert wird; und diese ganzen Problematiken bestehen mit / Am Klinikum sage ich nicht, dass ich Facharzt für Allgemeinmedizin machen will und so weiter. Also es ist toll, dass so etwas echt etabliert wird. Und natürlich wollte ich auch dabei sein, weil es ist natürlich klasse, wenn Du den Weg beschreiten willst und hast dann irgendwie noch eine Führung ein bisschen. Das ist schon gut. (Ffm\S02\_2013: 30)*

Eine Teilnehmerin bezog das Programm auf die prekäre Hausarztsituation und erkannte den Versuch, damit Allgemeinmediziner zu werben: *B: (.) Na ja, dass man wohl Allgemeinmediziner mittlerweile braucht (lacht), dass man umworben wird, und dass, ähm, Leute sich zusammensetzen und sich was Sinnvolles überlegen, das fand ich gut. (Ffm\S06\_2013: 54)*

Vier der Befragten waren eher zurückhaltend und hatten noch keine klaren Vorstellungen von einem Mentoringprogramm:

*B: Ehrlich gesagt, habe ich da (..) mir noch nicht so wirklich genaue Vorstellung gemacht. Aber ich dachte, das wäre dann noch mal so ein Treffen in der Kleingruppe, wo dann auch noch mal so Sachen besprochen werden oder so. So richtig/ Ich habe bei der ersten/ (lacht) Mein erster Gedanke war, ach ist das wie in der Schule der Tutor oder so. (Lachen) (MR\N09\_2013: 68)*

*B: Gar nicht so viel, (lachend) ich konnte da gar nicht viel damit anfangen, also, ich kann es jetzt ehrlich gesagt noch gar nicht so viel. Also ich weiß nur nicht ganz, was das wird, was das überhaupt für einen Inhalt hat, also ich hab das Gefühl, oder ich stell mir das so vor, dass das ja, schon so ein bisschen was, so ne Begleitung ist, was da so Reflexion und sowas angeht, wo man vielleicht fragt, wie man so was verbessern kann, oder, ich weiß es ehrlich gesagt nicht, mal gucken. (MR\N07\_2013: 53-54)*

### **Die erste Sitzung: Erwartungen, Befürchtungen, Wünsche**

Die befragten ÄiW erwarten für das erste Treffen vor allem, dass die Gruppe die Möglichkeit hat sich und den Mentor/die Mentoren kennen zu lernen, jeder sich vorstellen und über seine Weiterbildung erzählen kann. Das sollte als lockeres, interaktives und vom Mentor moderiertes Gespräch in einer angenehmen Atmosphäre stattfinden.

*B: (.) Ich stell mir vor, dass wir uns noch relativ viel kennen lernen müssen. [...] Dass wir vielleicht nochmal ne Vorstellungsrunde machen, dass jeder sagen kann, was ihn am meisten beschäftigt im Moment. Ich denke, dann wird sich ein Gespräch entwickeln, ansonsten weiß ich ja nicht, was die Mentorin noch so in petto hat. Ich lass mich auch gerne überraschen (.). (MR\N04\_2013: 105)*

*B: Genau. Ja, was stelle ich mir vor? Also man muss ja jetzt erst mal ein gutes Verhältnis schaffen halt, das muss ja vertraut werden. Dass die Leute auch die Hemmung verlieren irgendwie, dann Anliegen anzusprechen und so. Ich denke, das erste Mal wird vielleicht wirklich mal so die Atmosphäre, also den Rahmen schaffen wahrscheinlich und dann wird man vielleicht mal so ganz langsam anfangen, mit Problemen oder irgendwelchen Themen die man bespricht. [...] Ich könnte mir vorstellen, dass das erst mal so ein Kennenlernen wird und so eine Atmosphäre schaffen, bevor man jetzt irgendwie in die harten Themen dann einsteigt und diskutiert. (Ffm\S02\_2013: 66)*

Ein Teilnehmer erwartet, dass diese Phase des Kennenlernens am Anfang ein bisschen holprig sein wird. Weil, das halt meistens so ist, bis die Leute ein bisschen warm werden. (Ffm\S10\_2013: 60-62)

Nach dem Kennenlernen erwarten die Teilnehmenden, dass der Mentor offen nach Problemen fragt oder dass gemeinsam Themen gesammelt werden:

*B: [...] Und dann würden wir ja mal wahrscheinlich schauen, was die einzelnen Gruppenmitglieder so erwarten und würden dann gucken, wie man die nächsten Sitzungen gestaltet. (MR\N03\_2013: 74)*

*B: [...], dass man (..) Anregungen mit einbringt, von den Kollegen, dass vielleicht der Mentor nachfragt und eventuell auch (..), ja, informiert. (Ffm\S03\_2013: 142)*



In Bezug auf ihre Befürchtungen ist es für die Teilnehmenden sehr wichtig, dass niemand aus der Gruppe bloß gestellt wird oder jemand einen Monolog hält, andere Personen „untergehen“ und dass das Gesagte vertraulich behandelt wird.

*B: Ja, natürlich, so banale Sachen, wie das jemand bloßgestellt oder ausgelacht wird, das sollte bestimmt nicht, oder dass etwas nach außen getratscht wird, ich mein, das ist ja auch klar, das hatten wir beim letzten Mal ja auch gesagt, dass das vertraulich behandelt wird und im Raum bleibt. ich denke, das ist klar, dass sowas nicht passieren sollte. (...) joa. (MR\N07\_2013: 96)*

Außerdem möchten die Befragten nicht, dass die Sitzung unstrukturiert und ohne Thema abläuft oder dass die Themen zu banal sind. Auch möchten die Teilnehmenden nicht gezwungen werden zu reden, einigen ist es unangenehm vor großen Gruppen zu sprechen:

*B: Ja, ich mag es ungern, wenn ich gezwungen werde, was zu sagen. Also wenn ich in der Öffentlichkeit sprechen muss. Da bin ich/ Vor anderen. Da habe ich/ Das kann ich nicht gut. Also ich fände es nicht gut, wenn mich jetzt irgendjemand ansprechen würde und sagen würde, sagen sie mal was dazu. (MR\N11\_2013: 106)*

In Bezug auf den Mentor befürchten zwei Personen, dass er ihnen unsympathisch sein könne, eine Person möchte nicht, dass der Mentor ihr Prüfer für die Facharztprüfung wird und eine weitere wünscht, dass der Mentor angemessen reagiert und dafür sorgt, dass die vertraute Atmosphäre nicht zerstört wird.

*B: (.) Schade fände ich es, wenn irgendwie, der Mentor, wenn der unsympathisch ist (lacht). Also irgendwie, wenn ich mich nicht wohl fühle in der Gruppe. [...] (Ffm\S12\_2013: 67)*

*B: Ich denke, das Wichtigste ist, dass eine vertraute Atmosphäre geschaffen wird. Und das sollte nicht zerstört oder verhindert werden. Das sollte nicht passieren. (Ffm\S02\_2013: 72)*

Dementsprechend wünschen sich die Teilnehmenden die Möglichkeit des Kennenlernens und des Austausches untereinander und eine offene Atmosphäre:

*B: [...]dass einfach eine Austauschmöglichkeit (...) da ist und (.) man offen sein kann und (.) es vielleicht eine Atmosphäre von (...)/ eine Atmosphäre da ist, in der man sich auch öffnen kann, und in der man sich irgendwie aufgehoben fühlt. (Ffm\S03\_2013: 152)*

Dafür ist es ihnen wichtig, auch die anderen Teilnehmer besser kennenzulernen, irgendwie. (..) Und da die Erfahrung miteinander teilen zu können. Ja, und wenn das gegeben ist, dann bin ich eigentlich schon zufrieden. (Ffm\S10\_2013: 66-67) und dass auch die Mentoren motiviert und auch begeistert von ihrem Fach [sind] [...], dass ich einfach so das Gefühl habe, da ist jemand, der freut sich da drauf, der bringt viel Erfahrung aus seinem Fach mit, was er halt gerne auch weitergeben möchte und wo man einfach das Gefühl hat, der will einem jetzt wirklich helfen. (MR\N02\_2013: 74)

Von den Befragten betonen acht Personen, dass es ihnen wichtig ist, von dem Treffen zu profitieren, dass ihre Fragen beantwortet werden, sie Anregungen oder Informationen,

auch zu fachlichen Fragestellungen, bekommen: *B: Ich denke mal, ich freue mich immer, wenn ich fachlich noch was dazu lerne und ich da noch Input bekomme. (MR\N03\_2013: 84)* Außerdem möchten sie aus dem ersten Treffen mit einer Struktur für die kommenden Treffen rausgehen:

*B: Außer, dass man konkret weiß, nachdem man rausgeht, mit wem man es zu tun hat. [...] Und, ja, sich dann vielleicht/ vielleicht ein bisschen konkreter weiß, wie das in Zukunft aussehen wird. (MR\N06\_2013: 168-176)*

Und die Teilnehmenden sollten *Spaß dabei haben. Ich muss es verstehen, was läuft, was wir gemacht haben und ich muss mich gut fühlen. (...) Ja. (MR\N11\_2013: 108-110)*

### **Sonstiges**

Unter die Kategorie Sonstiges wurden Textstellen codiert, die wichtig erschienen, aber trotzdem keiner anderen Kategorie zugeordnet werden konnten. Hier entstanden zwei Subkategorien: Andere Mentoringprogramme (drei Codierungen) und Lob (sechs Codierungen).

#### ***Andere Mentoringprogramme***

In drei Aussagen wurden andere Mentoringprogramme erwähnt, eines von der HESA für ÄiW, eines für Frauen von der LÄK und eines in einem Krankenhaus, für die dort angestellten ÄiW. Alle drei erwähnten Programme sind jedoch in der Praxis nicht realisiert worden.

#### ***Lob***

In sechs weitere Aussagen wird explizit lobend und dankend das Mentoringprogramm oder das Weiterbildungskolleg genannt:

*B: Also dieses Seminar und diese Gruppen, da bin ich schon sehr dankbar, das finde ich schon ganz große Klasse, dass es das jetzt gibt. (MR\N06\_2013: 64)*

*B: Ja, ich weiß. Aber finde es gut, was Sie machen. Das kann ich nur nochmal betonen. Und ich würde es auch immer weiterempfehlen, alle die, die es noch machen. (MR\N11\_2013: 114)*

#### **4.4.4 Analyse der Zusammenhänge zwischen den Kategorien**

Wie das vorangehende Kapitel zeigt, gibt es innerhalb der Subkategorien häufige Überschneidungen, beispielsweise bei den Themen Zeitpunkt und Gründe für die Allgemeinmedizin, Themen im Mentoring und Mentor sowie Verlauf der Weiterbildung und Probleme.

Anhand des Code-Relation-Browser (siehe Anhang i) werden solche Überschneidungen der Codierungen deutlich. Besonders interessieren Zusammenhänge zwischen den Hauptkategorien. Aussagen zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung wurden sechs Mal gemeinsam mit dem Unterschied von Klinik/Praxis genannt. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Zufriedenheit stark von den Arbeitsbedingungen abhängt.

Der Bedarf an Unterstützung wird vier Mal gemeinsam mit Themen im Mentoring angesprochen, da offensichtlich bei einem Bedarf gleichzeitig genannt wird, wozu Bedarf besteht. Alle weiteren Kategorien überschneiden sich nur in maximal drei Aussagen und werden daher nicht weiter aufgeführt.

#### **4.4.5 Kreuztabellen**

Kreuztabellen lassen Verbindungen zwischen Gruppen, wie etwa unterschiedliches Antwortverhalten von Männern und Frauen, deutlich werden. Die Ergebnisse der Kreuztabelle können qualitativer und quantitativer Art sein und werden im Anhang grafisch dargestellt (siehe Anhang j).

#### **Vergleich von Männern und Frauen**

Die Themen Quereinstieg und Probleme, beispielsweise bezüglich der Anerkennung von Zeiten, werden nur von Frauen und nicht von Männern angesprochen. Das kann daran liegen, dass Frauen aufgrund der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf mehr in Teilzeit arbeiten, stärker vom Wechsel aus einem anderen Fachgebiet in der Allgemeinmedizin betroffen sind und daher wegen längerer Fehlzeiten häufiger Probleme in der Anerkennung haben.

Trotzdem ist die Familienfreundlichkeit in der Allgemeinmedizin beiden Geschlechtern gleichermaßen wichtig (Frauen: fünf Aussagen; Männer: drei Aussagen; entspricht dem Verhältnis Frauen/Männer). Frauen sprechen allerdings häufiger von Unsicherheiten bezüglich der Entscheidung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Für Frauen ist bei den Gründen daher der einfache Wechsel in die Allgemeinmedizin ein wichtiger Punkt und sie formulieren weitaus häufiger eine Unzufriedenheit und einen Bedarf an Unterstützung.

#### **Vergleich von ÄiW in der Klinik und in der Praxis**

Es zeigen sich Unterschiede der verschiedenen Kategorien-Nennungen bei Ärzten in der Klinik (Ärzte, die sich überwiegend in den ersten Weiterbildungsjahren befinden) und den Ärzten in der Praxis (Ärzte, die sich überwiegend in den letzten beiden

Weiterbildungsjahren befinden) (siehe Anhang j). Die Nennung des Quereinstiegs taucht verständlicherweise nur bei Personen in der Praxis auf, ebenso die Begründung des einfachen Wechsels. Personen, die in der Klinik arbeiten und im Rahmen dieser Arbeit befragt wurden, haben sich schon früh für die Allgemeinmedizin entschieden.

Probleme, die überwiegend im Zusammenhang mit der Anerkennung von Weiterbildungszeiten auftreten, werden vorwiegend von Personen aus der Praxiszeit genannt, was darauf zurückzuführen ist, dass während der Klinikzeit noch nicht versucht wurde, Zeiten anerkennen zu lassen. Die Selbstständigkeit sowie die Beziehung zum Patienten sind wichtige Gründe für die Entscheidung zur Allgemeinmedizin der ÄiW während der Klinikzeit. Hier stellt sich die Frage, ob diese beiden Punkte den Ärzten während der Praxiszeit schon selbstverständlich geworden sind und daher nicht mehr erwähnt werden oder ob diese Themen in der realen Umsetzung weniger attraktiv werden.

In Anbetracht der Tatsache, dass etwa 60% in der Praxis arbeiten und knapp 40% in der Klinik, ist der Anteil an Zufriedenheit/Unzufriedenheit etwa gleich verteilt. Wichtig ist aber, dass beide Gruppen mehr Aussagen zur Unzufriedenheit als zur Zufriedenheit treffen. Ebenso verhält es sich mit dem Bedarf: Beide Gruppen formulieren einen Bedarf, die Gruppe Praxis noch stärker als die Gruppe Klinik. Scheinbar tauchen hier viele Fragen auf, die unter Umständen im direkten Austausch mit Kollegen, aufgrund des kleineren Teams in der Praxis, nicht geklärt werden können. Bezüglich der Präferenz ob ein Einzel- oder Gruppenmentoring gewünscht ist, unterscheiden sich beide Gruppen in der Aussagehäufigkeit nicht stark. Das scheint eher an der Person zu liegen als an der aktuellen Weiterbildungsstätte.

### Vergleich der Gruppen Frankfurt und Marburg

Beim Gruppenvergleich Marburg/Frankfurt bezüglich des Wunsches nach der Art des Mentorings zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Gruppe Marburg macht keine Bemerkung zum Einzelmentoring, sondern präferiert stark das Gruppenmentoring, während sich aus der Gruppe Frankfurt auch vier Aussagen zum Einzelmentoring und acht Aussagen zu Gruppe plus Einzelmentoring finden (siehe Abbildung 14).

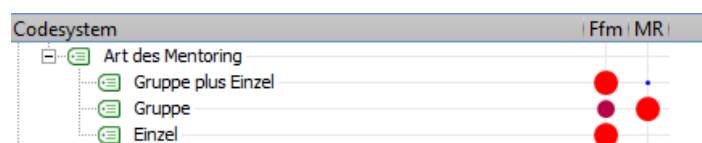


Abbildung 14: Code-Matrix-Browser Gruppenvergleich: Art des Mentorings

Die Gründe für die Entscheidung zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung beider Gruppen unterscheiden sich (siehe Abbildung 15): In Gruppe Marburg scheinen sehr viele Gründe eine Rolle für die Entscheidung zu spielen. Sie betonen die Unzufriedenheit in anderen Fachgebieten mit schlechteren Arbeitsbedingungen, sehen den einfachen Wechsel in die Allgemeinmedizin und die vielfältigen beruflichen Möglichkeiten. Für die Frankfurt-Gruppe sind insbesondere das breite Spektrum und der gute Eindruck durch Bekannte oder Praktika entscheidend. Beiden Gruppen ist die Familienfreundlichkeit wichtig.

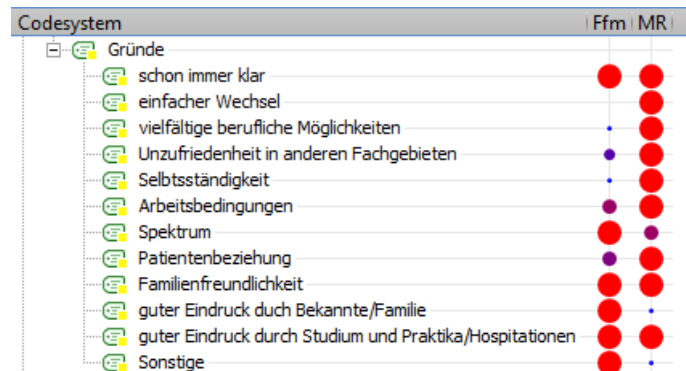


Abbildung 15: Code-Matrix-Browser Gruppenvergleich: Gründe

Abbildung 16 zeigt die aktuelle Zufriedenheit mit der Weiterbildung und den Bedarf an Unterstützung.



Abbildung 16: Code-Matrix-Browser Gruppenvergleich: Zufriedenheit und Bedarf

Die Unzufriedenheit ist in der Gruppe Marburg stärker als in der Gruppe Frankfurt (20 Codierungen Gruppe Marburg, 16 Codierungen Gruppe Frankfurt). Trotz erhöhter Unzufriedenheit sehen die Teilnehmenden der Gruppe Marburg keinen erhöhten Bedarf. Im Gegenteil, sieben Codierungen bestehen zu „kein Bedarf“, während in der Gruppe Frankfurt nur einer Codierung „kein Bedarf“ zugeordnet ist. Dennoch überwiegen die Aussagen zum Bedarf im Vergleich zu keinem Bedarf: Gruppe Frankfurt macht 15 Aussagen zum Bedarf und Gruppe Marburg 16 Aussagen.

## **4.5 Diskussion der Bedarfsanalyse**

Die Bedarfsanalyse diente der Erfassung der Weiterbildungssituation und des Bedarfs an Unterstützung sowie der Erfassung der Wünsche der ÄiW an ein Mentoringprogramm.

### **4.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der Bedarfsanalyse**

Die systematische Literaturrecherche zeigt, dass ein Bedarf an Unterstützung besteht, das Thema Mentoring in der Medizin international in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat und es in Deutschland bislang keine publizierten Konzepte gibt (siehe Kapitel 4.1).

Die Ergebnisse beider Fragebogenerhebungen bestätigen den Bedarf. Die ÄiW, Facharztprüfungsabsolventen und jungen Allgemeinmediziner hatten nur sehr selten während ihrer Weiterbildung die Möglichkeit an einem organisierten Mentoringprogramm teilzunehmen und würden sich eine Teilnahme wünschen. Die befragten Facharztprüfungsabsolventen, die bereits an einem Mentoringprogramm teilgenommen haben (n=16), empfanden die Teilnahme überwiegend als hilfreich.

Die Befragten im Rahmen des JADe-Verteilers (n=29) wünschen sich Mentoring vor allem in der Form des Eins-zu-Eins Mentoring sowie der festen Mentoringgruppe, die sich regelmäßig trifft. Die Treffen des Eins-zu-Eins Mentoring sollten entweder nach Bedarf oder alle ein bis drei Monate stattfinden. Die Treffen der Mentoringgruppe sollen nach Angabe der meisten Personen alle drei bis sechs Monate stattfinden. Mehrere Personen (n=3) schlagen Kontakte nach Bedarf zwischen den einzelnen Treffen, zum Beispiel per E-Mail oder Telefon, vor. Die Zusammensetzung der Gruppe sollte möglichst heterogen sein: Gemischt in Geschlecht und Alter sowie in den unterschiedlichen Weiterbildungsphasen, damit von den Erfahrungen anderer gelernt werden kann. Die ideale Gruppengröße wird als ein Verhältnis von fünf Mentees auf einen Mentor angegeben. Darüber hinaus ist ihnen wichtig, dass die Gruppen regional gebildet werden. Als Mentoren sollten erfahrene Fachärzte für Allgemeinmedizin oder erfahrene „peers“ fungieren. Das Geschlecht des Mentors ist den Teilnehmenden zum Großteil (n=21) egal. Wichtig ist ihnen, dass der Mentor erfahren und kompetent auch in organisatorischen, die Weiterbildung betreffenden Themen ist. Die Beziehung zwischen beiden sollte im Idealfall „persönlich“ und wertschätzend sein, geprägt durch eine Kontinuität und beidseitige Nachfrage. Die Themen, welche die Befragten beider Fragebögen gerne im Mentoring besprechen wollen, sind vor allem fachlicher, organisatorischer und persönlicher Art. Besonders häufig wurden

Fragen zu der Organisation der Weiterbildung, Niederlassung und Abrechnung, bestimmten Patientenfällen und Symptomen oder Problemen, beispielsweise mit Vorgesetzten oder Kollegen, genannt. Die Ergebnisse des JADe-Fragebogens dienen als Grundlage für die Gestaltung des Interviewleitfadens.

Mittels Interview wurden 23 ÄiW (elf Teilnehmende aus der Region Marburg, zwölf Teilnehmende aus der Region Frankfurt) befragt. Die ÄiW sind in unterschiedlichen Phasen ihrer Weiterbildung und haben sehr verschiedene Weiterbildungsverläufe hinter sich. Einige Teilnehmer sind nach langen Phasen in verschiedenen anderen Fachrichtungen und Unterbrechungen, bspw. durch Erziehungszeiten, quer in die Weiterbildung eingestiegen und haben sich demnach auch erst spät für die Allgemeinmedizin entschieden. Dies betrifft vor allem Frauen. Andere, vor allem jüngere ÄiW, haben sich schon vor oder während des Studiums für die Allgemeinmedizin entschieden und demnach ihre Weiterbildung durchgeplant und absolvieren die verschiedenen Phasen mit weniger Unterbrechungen. Ein wichtiger Entscheidungsfaktor für die Allgemeinmedizin ist der Kontakt zu anderen Allgemeinmedizinerinnen, sei es in der eigenen Familie oder durch das Studium, Praktika und PJ. Ein zweiter wichtiger Entscheidungsfaktor zeigt sich in dem Verhalten der Quereinsteiger. Unzureichende Bedingungen in anderen Fachgebieten und eine mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf lassen die ÄiW an ihrer bisherigen Stelle zweifeln und sie nutzen die Chance des einfachen Quereinstiegs (aufgrund der Anrechenbarkeit von Weiterbildungszeiten aus anderen Fachgebieten) in die Allgemeinmedizin. Von einem Quereinstieg berichten nur Frauen. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass insbesondere für Frauen die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf als starke Belastung erlebt wird, da Teilzeitarbeitsstellen und geregelte Arbeitszeiten in der Klinik häufig nicht umsetzbar sind. Vielfach erleben die ÄiW die Praxiszeit als stressfreier als die Klinikzeit. Vorteile der Praxis seien die dienstfreien Zeiten, das selbstständige Arbeiten, das kollegiale Verhältnis zum Chef und vor allem die Patientenbeziehung und die bessere Vereinbarkeit der Arbeitszeiten mit der eigenen Familie. Sie schätzen außerdem das breite Spektrum und die Möglichkeiten der Niederlassung. Trotz der Vorzüge, die die ÄiW an der Allgemeinmedizin sehen, sind sich knapp ein Drittel (n=7) der Befragten noch nicht sicher, ob sie die Weiterbildung Allgemeinmedizin abschließen. Denn auch die Klinik bietet Vorteile: Die ÄiW schätzen den Austausch mit den Kollegen, die Diagnosemöglichkeiten und dass sie weniger Verantwortung und keine Abrechnungen haben. Unsicherheiten in der Allgemeinmedizin

bestehen vor allem in Bezug auf die Praxisführung, der Breite des Faches und aus dem Wunsch heraus, sich nicht einzuschränken. Eine Person berichtet, dass sie während ihrer Weiterbildungszeit von anderen Fachgebieten, in die sie rotierte, beinahe abgeworben worden wäre. Hier zeigt sich eine mögliche Schwachstelle an der bisherigen Weiterbildungsstruktur und es wird deutlich, dass aufgrund der erforderlichen Rotationen eine Identifikation mit der Allgemeinmedizin erschwert ist.

Je nach Person wird ein striktes Durchziehen der Weiterbildungszeit oder eine Weiterbildung, in der die Inhalte im Fokus stehen, präferiert. Die Inhalte der Weiterbildung variieren sehr stark mit der Stelle (Klinik oder Praxis), den dort herrschenden Arbeitsbedingungen und ob der Arbeitsplatz eher ländlich oder in der Stadt gelegen ist. Ein WBV wird von fünf Personen als wünschenswert beschrieben, vor allem, da in einem WBV die Stellensuche und die Rotation in andere Fachgebiete erleichtert werden. Probleme während der Weiterbildung beschreiben die Teilnehmenden vor allem in Bezug auf die Anerkennung von Weiterbildungszeiten sowie während der Schwangerschaft/Elternzeit.

Zufrieden zeigen sich die ÄiW, wenn die Arbeitsbedingungen gut sind, hier äußern sich Praxisangestellte zufriedener als Klinikangestellte. Unzufrieden sind die ÄiW, wenn die Arbeitsbedingungen ungenügend sind und der Aspekt der Weiterbildung zu kurz kommt. Außerdem sind sie generell mit dem System der Weiterbildung nicht zufrieden. Die Unzufriedenheit ist höher in der Gruppe Marburg als in der Gruppe Frankfurt und bei den Frauen stärker als bei ihren männlichen Kollegen. Sowohl Gruppe Marburg als auch Gruppe Frankfurt sehen sowohl einen Bedarf an Unterstützung (Frauen mehr als Männer) durch ihre Chefs und Kollegen als auch durch externe Personen, wie beispielsweise einen Mentor. An einen Mentor haben sie hohe Erwartungen. Er sollte ein erfahrener Facharzt für Allgemeinmedizin sein, der selber weitergebildet hat oder weiterbildet und zu dem man eine längerfristige Beziehung aufbauen kann. Außerdem sollte er empathisch, nett, offen, interessiert und kompetent sein, über Leitungs- und Moderationskompetenzen sowie Informationen zur Weiterbildung verfügen und gute Kontakte zu anderen Akteuren der Weiterbildung haben. Mit ihrem Mentor und im Austausch mit anderen ÄiW wollen die Befragten vor allem Themen zur Organisation der Weiterbildung wie Stellenwechsel, Rotationen, Gehälter, Anerkennung von Weiterbildungszeiten, Fördermöglichkeiten und Vorbereitung auf die Facharztprüfung besprechen. Außerdem interessieren sie sich für Fortbildungen und Zusatzqualifikationen, Work-Life-Balance bzw. die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, medizinisch-fachliche Themen und die eigene Zukunftsgestaltung,



inklusive Niederlassungsmöglichkeiten und Praxisführung. Im Mentoring möchten sie auch die Möglichkeit haben, Konflikte im Team, mit ihren Arbeitgebern oder Patienten anzusprechen oder sich über Unsicherheiten in Bezug auf ihre Entscheidung zur Allgemeinmedizin auszutauschen.

Ein ideales Mentoring sollte aus Sicht der ÄiW als Gruppenmentoring mit der Möglichkeit des Einzelkontaktes nach Bedarf alle zwei bis drei Monate an einem Mittwochnachmittag stattfinden. Die ersten Gedanken zum Mentoringprogramm in der Weiterbildung Allgemeinmedizin sind überwiegend freudig zustimmend. Für die erste Sitzung wünschen sie sich ein Kennenlernen und gemeinsames Themenbesprechen, sodass ein vertrauensvoller und strukturierter Rahmen und eine angenehme Atmosphäre geschaffen werden können.

#### **4.5.2 Interpretation der Ergebnisse anhand der TZI**

Die oben dargestellten Ergebnisse beschreiben einen Bedarf an Mentoring. Zur Entwicklung eines Konzeptes ist es notwendig, diese Ergebnisse zu konzentrieren und zu strukturieren. Hierfür dient in der vorliegenden Arbeit das bereits in Kapitel 2.3 vorgestellte Vier-Faktoren-Modell der TZI.

Bezüglich des Faktors ICH lässt sich feststellen, dass die Befragten sehr unterschiedliche Biografien mitbringen und individuelle Erfahrungen in ihrer Weiterbildung gemacht haben. Die Befragten der Interviews als auch der Fragebögen formulieren einen Unterstützungsbedarf, haben jedoch bislang wenige Erfahrungen mit Mentoring gemacht und sind aber interessiert an einer Teilnahme am Mentoringprogramm. Die Motivation, die Entscheidung für die Weiterbildung und die Identifikation mit der Allgemeinmedizin, die Weiterbildungsstellen, aber auch die Lebensumstände (zum Beispiel mit oder ohne Familie) sind sehr verschieden. Einige Interviewteilnehmer sind sehr ES orientiert und wenig interessiert ihre persönliche Situation einzubringen, anderen sind besonders die Schilderung ihrer persönlichen Situation und individuelle Lösungswege wichtig. Daraus resultieren unterschiedliche Fragestellungen an ein Mentoringprogramm und an einen Mentor. Für die Planung eines Konzeptes scheint es wichtig zu sein, dieses offen und individuell zu gestalten, sodass jeder die Möglichkeit hat, sich mit seiner Situation und seinen daraus resultierenden Fragen einzubringen. Inwiefern sich die einzelnen Teilnehmenden mit ihrem ICH einbringen, wird die Evaluation des Mentoringprogramms zeigen. Im Sinne des Chairperson-Postulats wird es hier wichtig sein, die einzelnen Teilnehmenden zu stärken,

ihre Wünsche und Bedürfnisse aktiv in die Gruppe einzubringen. Dadurch sind auch sie mitverantwortlich für die inhaltliche und strukturelle Gestaltung der Gruppentreffen.

Viele Teilnehmer äußern den Wunsch nach einer Gruppe und Austausch mit Gleichgesinnten. In diesem Wunsch wird die Bedeutung des WIR deutlich. Es werden Offenheit und Vertrauen, Interesse aneinander und Kontakt zueinander geäußert. In diesen Vorstellungen und Erwartungen liegen die Grundsteine für eine spätere Gruppenkultur. Es gibt jedoch auch Teilnehmende, die gegenüber einer Gruppe skeptisch sind und deren Fokus auf der Gewinnung von medizinisch-fachlichem Wissen liegt und Teilnehmende, die eine hohe Zufriedenheit mit ihrer jetzigen Weiterbildungssituation formulieren und weniger Bedarf an Unterstützung haben. Einzelne Teilnehmende formulieren eine Unsicherheit in Gruppen, insbesondere davor, öffentlich zu reden. Bezogen auf den Wunsch nach einer Gruppe und einem Gruppengefühl unterschieden sich die Gruppen Frankfurt und Marburg deutlich. Die Befragten aus der Gruppe Marburg tendieren alle zu einem Gruppenmentoring und betonen den Wunsch des Austausches untereinander, während aus der Gruppe Frankfurt einige Teilnehmende ein Einzelmentoring präferieren. Für die Leitung gilt es, eine Gruppenkultur zu erschaffen, die den verschiedenen Bedürfnissen gerecht wird. Zur Vorbereitung des ersten Treffens wird es wichtig sein, die Teilnehmenden als ICHs mit eigener Geschichte wahrzunehmen und gleichzeitig die Möglichkeiten zur Entstehung eines WIR zu geben, in dem zum Beispiel Strukturen gesetzt werden, die die Interaktion miteinander fördern. Ein wichtiger Aspekt in der Evaluation nach einem Jahr der Intervention wird eine Analyse der Gruppenprozesse beider parallel laufenden Gruppen (Gruppe Frankfurt und Gruppe Marburg) sein. Die Befragten beider Mentoringgruppen haben hohe Erwartungen an ihren Mentor. Er sollte über viele positive Eigenschaften, Kompetenzen und Wissen verfügen. Diese hohen Erwartungen und eine Fokussierung auf den Mentor kann die Entstehung einer Gruppenzugehörigkeit beeinflussen, das WIR wird bei einer starken Leitungsorientierung geschwächt. Daher ist es für die Leitung der Gruppe wichtig, im Sinne einer partizipierenden Leitung durch die Authentizität des Mentors Idealisierungen abzubauen und als reale Person zur Verfügung zu stehen. Das Konzept der partizipierenden Leitung ist insbesondere im Kontext des Mentorings von Bedeutung, da hierbei die persönlichen Erfahrungen des Mentors zum Lernen am Modell im Vordergrund stehen.

Ein WIR entsteht auch durch eine gemeinsame Aufgabe oder ein gemeinsames Ziel, das eine Gruppe verfolgt. Das ES ist in diesem Fall die erfolgreiche Absolvierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin. Dies ist ein Ziel, das alle Teilnehmenden verfolgen und

das sie miteinander verbindet. Die Themen für das Mentoring, die von den Befragten genannt werden, sind häufig am ES angesiedelt. Im Fokus stehen die Organisation der Weiterbildung, Vorbereitung auf die Facharztprüfung und spätere Niederlassung. Themen, die am ICH oder WIR angesiedelt sind, wie beispielsweise der eigene Umgang mit Patienten/Kollegen, werden weniger häufig genannt. Zur Erreichung des Ziels stehen den einzelnen ICHs unterschiedliche Ressourcen zur Verfügung und sie haben bereits unterschiedliche Teilziele (Weiterbildungsabschnitte) erreicht. Das Gruppenmentoring (und damit der Austausch mit den Mentoren sowie mit anderen ÄiW) könnte eine weitere Ressource für die Teilnehmenden werden. Hier stellt sich die Frage, ob es förderlich oder hinderlich ist, wenn die Gruppenteilnehmer an unterschiedlichen Weiterbildungsabschnitten stehen. Es könnte den Austausch untereinander bereichern oder einzelne Teilnehmende, die schon weit vorangeschritten oder erst am Anfang ihrer Weiterbildung stehen, hemmen, sich einzubringen. Die Evaluation des Gruppenmentorings wird zeigen, ob und auf welche Art die einzelnen ICH in der Gruppe profitieren und ein gemeinsames Ziel verfolgt werden kann.

Das Mentoringprogramm ist eingebettet in einen bestimmten Kontext mit feststehenden Bedingungen, die den globe kennzeichnen. Das Projekt hat einen rechtlichen und institutionellen Rahmen: Die Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin in Hessen, beschlossen durch die LÄK, eine Förderung durch das Land Hessen, als Projektstandort das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main. Die verschiedenen Institutionen wirken in das Geschehen des Mentoringprogramms ein, bestimmen finanzielle und personelle Rahmenbedingungen und legen Handlungsgrenzen. Den Teilnehmenden der Interviewbefragung ist bewusst, dass das Mentoringprogramm Teil eines hessenweiten Gesamtpakets zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist. Mehrfach wird die Verknüpfung zum Seminarprogramm genannt und eine Teilnehmerin vermutet, dass das WBK ein Versuch sei, um ÄiW für die Allgemeinmedizin zu werben.

Darüber hinaus werden die Teilnehmenden des Fragebogen I und der Interviews nach den Rahmenbedingungen der Mentoringtreffen (Ort, Zeit, Dauer, Häufigkeit) befragt. Neben einzelnen Ausreißern ist die Tendenz dazu klar: Gruppentreffen von etwa fünf bis zehn Teilnehmern, die sich alle zwei bis drei Monate an einem Nachmittag oder Abend unter der Woche an einem gut erreichbaren und geschützten Ort treffen. Als Ort wird häufig ein Raum im Institutsgebäude genannt. In diesen Aussagen wird die Präsenz der Universität,

eventuell verstärkt durch das Interviewsetting, deutlich. Der Einfluss des direkten globale der Mentoringtreffen sollte evaluiert werden.

Mit Blick auf die dynamische Balance zeigt sich eine Präsenz des globale und ein starker Fokus auf das ES (die Absolvierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin). Da die Teilnehmenden vor ihrem ersten Gruppentreffen befragt wurden, können sie das Gruppengeschehen noch nicht reflektieren. Die Erwartungen an die Gruppe zeigen sich jedoch bereits sehr verschieden. Die Teilnehmenden der Gruppe Marburg sind stark WIR orientiert. Sie betonen die Gruppe als Möglichkeit des Austausches untereinander, wünschen sich Kontakt und informelle Wissensweitergabe. Die Teilnehmenden der Gruppe Frankfurt sind ambivalent. Etwa die Hälfte ist an einem WIR und einem Gruppenaustausch interessiert, die andere Hälfte der Gruppe ist eher ICH-ES orientiert, ihnen geht es um eine rasche Absolvierung der Weiterbildung.

Die bereits unterschiedliche Gewichtung der Faktoren in beiden Gruppen ist bei der Planung der Gruppentreffen zu berücksichtigen. Inwiefern die Vorerfahrungen die Gruppenprozesse beeinflussen, wird in der Evaluation des Mentoringprogramms untersucht (vgl. Kapitel 6).

#### **4.5.3 Stärken und Schwächen der Bedarfsanalyse**

Zur Literaturrecherche wurde eine weltweit genutzte und hochfrequentierte Datenbank (PubMed) genutzt, die durch MedPILOT noch ergänzt wurde. Trotzdem ist davon auszugehen, dass weitere Mentoringprogramme in der Allgemeinmedizin existieren, die jedoch nicht publiziert sind. Insbesondere wenn Programme von anderen Akteuren der Weiterbildung, außerdem von Universitäten, organisiert werden, sind diese weniger häufig publiziert und damit selbst durch ergänzende Handrecherchen nur schwer erfassbar.

Die Fragebögen sind derart konzipiert, dass möglichst viele ÄiW erreicht werden. Dennoch gibt es Einschränkungen in der Erreichbarkeit der ÄiW, da es keine umfassende Datenbank über ÄiW Allgemeinmedizin gibt. Der JADe-Mailverteiler und die Form des Online-Fragebogens (Fragebogen I) bieten eine praktikable Möglichkeit, eine höhere Anzahl an ÄiW in ganz Deutschland zu erreichen. Hier wurde jedoch aufgrund des unpersönlichen Zugangs nur ein geringer Rücklauf von 15,5% erzielt. Die Ergebnisse des Fragebogen I sprechen für einen Bedarf an Mentoring und geben konkrete Hinweise für die Gestaltung eines Programms, sind aber aufgrund des geringen Rücklaufes nur bedingt aussagekräftig. Auch stellt der Mailverteiler der JADe eine Vorauswahl der befragten ÄiW und jungen

Allgemeinmediziner dar. Anders verhält es sich mit dem Fragebogen II, der ohne Vorauswahl an alle hessischen Prüfungsabsolventen im Zeitraum von Juni 2012 bis Juni 2015 ausgegeben wurde. Hierbei wurde zudem ein hoher Rücklauf von knapp 60% erreicht. Die Befragung der Facharztprüfungsabsolventen lässt allerdings nur den retrospektiven Blick der Ärzte auf ihre eigene Weiterbildung zu. In den Ergebnissen bestätigt sich der Wunsch, an einem Mentoringprogramm teilzunehmen. Nähere Fragen zur Gestaltung eines solchen Programms wurden nicht gestellt. Schwierig ist allerdings die Vergleichbarkeit beider Fragebögen, da Fragebogen I deutschlandweit und Fragebogen II in Hessen verteilt wurde.

Die qualitativen mittels Interview erhobene Daten stammen, wie dies für qualitative Daten üblich ist, von einer relativ kleinen Stichprobe (N=23), geben aber dennoch in ihren Inhalten einen breiten Überblick über die Situation von ÄiW in Hessen. Die Stichprobe entspricht in ihrer Geschlechterverteilung dem bundesweiten Durchschnitt.<sup>12</sup> Eine Stärke der Interviewbefragung ist, dass die Teilnehmenden selbst zu Wort kommen und keine vorgefertigten Antworten auswählen, sondern aus ihren Erfahrungen und von ihren Wünschen berichten. Der Leitfaden strukturierte das Interview und stellte sicher, dass alle für die Autorin relevanten Themen angesprochen wurden. Gleichzeitig hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit eigene Themen anzusprechen. Mittels der gewählten Auswertungsmethode konnten die verschriftlichten Interviews strukturiert werden, ohne dass die Aussagen der Befragten verloren gingen. Eine weitere Stärke bestand in der Auswahl der Interviewpartner. Es wurden alle Teilnehmenden der ersten beiden Mentoringgruppen befragt. Für die Teilnahme am Weiterbildungskolleg wurde anhand verschiedener Medien Werbung gemacht und es konnten alle Interessierten in das Programm aufgenommen werden, sodass keine weitere Vorauswahl getroffen werden musste. Die Teilnehmenden haben sehr unterschiedliche Hintergründe und Stadien der Weiterbildung, sodass davon ausgegangen werden kann, dass ein breites Erfahrungs- und Themenspektrum in die Interviews einfließen konnte. Der Anteil der Männer und Frauen entspricht etwa dem bundesweiten Durchschnitt (Kassenärztliche Bundesvereinigung).

---

<sup>12</sup> Deutschlandweit lag im Jahr 2013 der Frauenanteil der ambulant geförderten Weiterbildungsstellen bei 72,2% Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Eine Schwäche der Befragung bestand vor allem darin, dass die Befragten vorab undetailliert über das Gruppenmentoringprogramm informiert wurden, sodass die Fragen zum idealen Mentoring unter Umständen bereits durch ihr Vorwissen zum Mentoringprogramm des WBK geprägt sein können. Die Interviewerin war zugleich Organisatorin des Programms und zukünftige Gruppenleiterin, dies kann die Teilnehmenden in ihrem Antwortverhalten beeinflussen (zur Reflexion der Rolle der Forscherin siehe Kapitel 3.3). Eine weitere Schwäche bei der Interviewbefragung bestand in dem Wechsel des Mediums: 13 Teilnehmende wurden im persönlichen Gespräch und zehn Teilnehmende im Gespräch per Telefon befragt. Die durchschnittliche Gesprächsdauer der persönlichen Interviews ist knapp 4,5 Minuten länger als die der Telefoninterviews. Es scheint, als bringe der persönliche Kontakt die ÄiW dazu, offener und mehr zu reden. Dieser Wechsel ließ sich jedoch zum ersten Interviewzeitpunkt aufgrund von weiten Entfernungen, Unwetter und vor allem einem erhöhten Zeitdruck, da das Interview vor dem ersten Gruppentreffen stattfinden musste, nicht vermeiden. Auch unabhängig vom Medium variiert die Gesprächsdauer der Interviews. Manche Teilnehmende stören sich nicht am Aufnahmegerät, manche fühlen sich unwohl aufgenommen zu werden. Dies zeigt sich daran, dass das persönliche Gespräch im Anschluss an das Interview und nach Beendigung der Aufnahme häufig noch genauso lange dauerte wie das Interview. In diesem Nachgespräch gewonnene wichtige Informationen wurden im Interviewprotokoll festgehalten.

Aufgrund der mangelnden Erreichbarkeit aller ÄiW sind die Ergebnisse der Bedarfsanalyse nur bedingt auf die Allgemeinheit übertragbar. Dennoch bietet das gewählte Forschungsdesign, in Hinblick auf die Schwierigkeit ÄiW Allgemeinmedizin zu befragen, die Möglichkeit, eine möglichst große Anzahl von ÄiW in die Forschung einzubeziehen. Im *Mixed-Methods*-Design liegt eine besondere Stärke: Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, bietet das der Arbeit zugrunde liegende komplexe *Mixed-Methods*-Design die Chance, sowohl Daten mittels einer größeren Stichprobe anhand von Fragebögen auf quantitative Art zu gewinnen, als auch mittels Interviews verschiedene Aspekte zu vertiefen und kausale Zusammenhänge zu erschließen. Der Leitfaden basierte auf Ergebnissen der Fragebogenerhebung I (im Sinne eines Vertiefungsdesigns) und im Analyseprozess wurden die Ergebnisse der verschiedenen Methoden zueinander gebracht. Das gewählte Design gewährleistet eine eindeutigere und robustere Interpretation der Ergebnisse. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebungen werden durch die Ergebnisse der

Interviewbefragung bestätigt, Aussagen können in ihrem Kontext verstanden und neue Aspekte gewonnen werden.

#### **4.5.4 Zwischenfazit zur Bedarfsanalyse**

Die oben dargestellten Ergebnisse ermöglichen eine Beantwortung des ersten Teils der Fragestellung, die lautet:

- ob eine Unterstützung von ÄiW Allgemeinmedizin notwendig ist und
- wie eine Unterstützung aussehen sollte, damit die Bedürfnisse und Wünsche der zukünftigen Allgemeinmediziner erfüllt und sie während ihrer Weiterbildungszeit bestmöglich unterstützt werden.

Bezugnehmend auf die Fragestellung nennen sowohl die Teilnehmer der Fragebogenerhebungen als auch der Interviews einen Bedarf an Unterstützung während ihrer Weiterbildungszeit. Wie diese Unterstützung aussehen kann, lässt sich aus den Ergebnissen schließen: Ein individuelles Mentoringprogramm, welches ÄiW über ihre gesamte Weiterbildungszeit angeboten wird, könnte ideal auf alle Phasen und die Besonderheiten der allgemeinmedizinischen Weiterbildung eingehen. Im Gruppenmentoring kann nicht nur der Kontakt zu einem erfahrenen Facharzt, sondern auch zu Gleichgesinnten hergestellt werden. Auf der einen Seite können so Informationen zur Weiterbildung, Facharztprüfung und späteren Niederlassung oder anderen beruflichen Alternativen ausgetauscht werden und berufliche Ängste und Unsicherheiten genommen werden, sodass die Mentees ihre Weiterbildung besser organisieren und idealerweise ohne große Hürden abschließen können. Auf der anderen Seite bietet das Mentoring eine Art „Heimat“ für ÄiW und die Möglichkeit einer stärkeren Identifikation mit der Allgemeinmedizin.

Ein die Weiterbildung begleitendes Mentoringprogramm wird von den ÄiW als Unterstützungsbedarf formuliert und kann als Faktor wirken, die Weiterbildung Allgemeinmedizin für Medizinstudierende attraktiver darzustellen.

Das aus den Ergebnissen der Bedarfsanalyse entwickelte Mentoringkonzept für ÄiW Allgemeinmedizin in Hessen wird im folgenden Kapitel dargestellt. Die aus dem Konzept folgende Intervention wird in Kapitel 6 überprüft, um den letzten Teil der Fragestellung bezüglich der Wirksamkeit des Unterstützungsangebotes zu beantworten.

## **5. Konzept: Mentoringprogramm des Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen**

*„das ist super, dass man so raus aus der Anonymität kommt und [...] dass die Mitstreiter irgendwie so Gesichter kriegen“ (MR\N01\_2013: 62)*

Aufgrund der Rahmen gebenden Bedingungen, unter denen die Weiterbildung zum Facharzt Allgemeinmedizin in Hessen stattfindet, dem theoretischen Hintergrund sowie den aus der Bedarfsanalyse herausgefilterten Wünschen und Bedürfnissen der ÄiW, liegt dem Mentoring für zukünftige Fachärzte für Allgemeinmedizin in Hessen ein formelles Gruppen-Mentoringkonzept zugrunde. Das Konzept befand sich ein Jahr lang in einer Pilotierungsphase und wurde währenddessen und im Anschluss kontinuierlich im Sinn einer formativen Evaluation überprüft und angepasst.

### **5.1 Ziele des Mentoringprogramms**

Das Mentoringprogramm verfolgt verschiedene Ziele, bedingt durch verschiedene Anforderungen auf unterschiedlichen Ebenen.

Aufgrund der gesellschaftlichen Situation, geprägt durch einen drohenden Mangel an Hausärzten, wurden durch das Land Hessen finanzierte Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin mit dem Ziel, mehr Nachwuchs für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin zu gewinnen und schnellere Durchläufe durch die verschiedenen Phasen der Weiterbildung sowie einen zeitnahen Übergang in eine Niederlassung zu realisieren, gegründet (vgl. Kapitel 1).

Die aus der Literatur hergeleiteten Ziele sind berufliche Entwicklung und Professionalität als Kompetenz in der Allgemeinmedizin (Roos et al. 2013) (vgl. Kapitel 2.2).

Aus Sicht der Teilnehmenden zeigt sich auf der einen Seite ein Bedarf insbesondere bei der Unterstützung zu organisatorischen Fragen in Bezug auf die Weiterbildung, z.B. bei Problemen mit der Anerkennung von Weiterbildungszeiten oder bei Pausen aufgrund von Schwangerschaft und Elternzeit und bezüglich der Facharztprüfung. Auf der anderen Seite besteht ein großer Wunsch nach informellem Austausch mit anderen Gleichgesinnten, der Wunsch nach Zugehörigkeit zur Allgemeinmedizin und nach mehr Zufriedenheit mit der Weiterbildung (vgl. Kapitel 4.4.2).



Ausgehend von den verschiedenen Interessen ergeben sich daher für das Mentoring drei Kernziele:

- Gestaltung einer attraktiven Weiterbildung Allgemeinmedizin zur Nachwuchsgewinnung,
- Unterstützung der ÄiW in ihrer beruflichen Entwicklung und Professionalisierung,
- Stärkung des Identifikationsgefühls als Allgemeinmediziner.

Diese Ziele sollen durch die Gestaltung des Mentoringprogramms und der einzelnen Gruppentreffen realisiert werden. Ob diese Ziele erreicht werden, wird die Evaluation des Mentoringprogramms zeigen (vgl. Kapitel 6).

## **5.2 Einbettung und Strukturen des Mentoringprogramms**

Das Mentoringprogramm richtet sich an alle ÄiW Allgemeinmedizin, die sich für das WBK Allgemeinmedizin Hessen angemeldet haben. Es ist Teil des „Rundum Sorglos“-Pakets, zu dem neben dem Mentoringprogramm auch das Seminarprogramm und Informationen und Beratung durch Mitarbeiter der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main und Marburg gehören. Für die Organisation und Durchführung des Mentoringprogramms steht am Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main eine wissenschaftliche Mitarbeiterstelle mit 50% der regulären Arbeitszeit zur Verfügung.

Die Anmeldung zum WBK berechtigt die ÄiW gleichzeitig am Seminar- und am Mentoringprogramm teilzunehmen. Jede Kohorte wird an ihrem ersten Seminartag über das Mentoringprogramm informiert und die Teilnehmer werden verschiedenen Mentoringgruppen, vorzugsweise in ihrer Region, zugeordnet. Die ersten Kohorten wurden jeweils auf zwei neu gegründete Mentoringgruppen aufgeteilt, die späteren Kohorten sind – wenn genügend Mentoringgruppen gegründet wurden – auf die bestehenden Gruppen aufzuteilen.

Jeder ÄiW meldet sich zunächst ein Jahr für das WBK an. Die Teilnahme am Mentoring ist nicht verpflichtend, eine regelmäßige Teilnahme über das gesamte Jahr hinweg wird jedoch empfohlen. So besteht zumindest über ein Jahr hinweg eine feste Gruppe, in der eine vertraute Atmosphäre aufgebaut werden kann. Nach einem Jahr entscheiden die Mentees erneut, ob sie ein weiteres Jahr an dem Programm teilnehmen möchten oder ob sie aussteigen. Im Falle frei gewordener Plätze werden diese an neu hinzukommende ÄiW vergeben. Für Teilnehmer, die ihre Facharztprüfung erfolgreich abgelegt haben, besteht die Möglichkeit, bis zu zwei Jahre nach der Prüfung am WBK teilzunehmen.

Die Gruppe trifft sich viermal jährlich an einem Mittwochnachmittag für zwei Stunden von 16 bis 18 Uhr. Ort der Treffen sind Räume in universitären Einrichtungen oder Wartezimmer in Arztpraxen der jeweiligen Mentoren. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, bei Bedarf die Mentoren der Gruppe einzeln per E-Mail oder Telefon zu kontaktieren (Eins-zu-Eins-Mentoring).

### **5.3 Auswahl der Mentoren/Mentees und Matching**

Mentees sind ÄiW zum Facharzt Allgemeinmedizin von Beginn ihrer Weiterbildung an bis maximal zwei Jahre nach Abschluss ihrer Weiterbildung. Sie melden sich über die Homepage der Kompetenzzentren für das Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen an und haben dadurch die Möglichkeit in das Mentoringprogramm aufgenommen zu werden. Es folgt keine weitere Vorauswahl. Die ÄiW erfahren vom Mentoringprogramm von anderen ÄiW, über die Homepage der Kompetenzzentren, Flyer, die über die LÄK und die Koordinierungsstelle verteilt werden, bei Messen oder direkt in Lehrveranstaltungen der Universitäten Frankfurt am Main und Marburg.

Mentoren sind erfahrene Fachärzte für Allgemeinmedizin (Männer wie Frauen), die in der Regel selber weitergebildet haben und in einer allgemeinmedizinischen Praxis tätig sind. Sie melden sich entweder persönlich bei Interesse bei der Programmleitung oder werden von dieser angefragt. Die meisten Mentoren sind der Programmleitung aufgrund ihrer Lehrarztstätigkeit am Institut bekannt. In einem Vorgespräch mit der Programmleitung werden Erwartungen, Motivation und Wünsche besprochen. Der Organisatorin sind vor allem Erfahrung in der Praxis, Lehre und Weiterbildung, Freude an der Arbeit und ein offener Charakter wichtig. Der Mentor hat die Aufgabe den ÄiW, ausgehend aus seiner Erfahrung in der Weiterbildung und Praxisführung, mit Empathie, Offenheit, Interesse und Menschlichkeit zur Seite zu stehen. Idealerweise verfügt der Mentor über Erfahrungen in der Gruppenleitung. Passen die Vorstellungen von Mentor und Organisation zusammen, wird dem Mentor gemeinsam mit der Programmleitung eine Gruppe zugewiesen. Die Mentoren werden in einer jährlich stattfindenden Mentorenschulung in Gruppenleitung, Feedbackgabe und zu inhaltlichen Themen der Weiterbildung geschult. Neben dieser Schulung erhalten die Mentoren für ihre Mentorentätigkeit eine Aufwandsentschädigung von 500 € jährlich.

Eine Gruppe umfasst in der Regel ca. zehn ÄiW, betreut von einem erfahrenen Facharzt für Allgemeinmedizin und einer Diplom-Pädagogin. Diese doppelte Leitung aus Fachkräften unterschiedlicher Professionen begründet sich in den unterschiedlichen

Kompetenzen und den besonderen Herausforderungen an die Gruppenleitung in der Programmentwicklung.

Die Mentees wählen sich eine von ihr bevorzugte Gruppe an ihrem ersten Seminartag. Dort werden alle Gruppen mit freien Plätzen vorgestellt. In der Regel spielt vor allem die gute Erreichbarkeit des Treffpunktes und an zweiter Stelle die Auswahl des Mentors eine Rolle. Bei Unzufriedenheit bezüglich der Passung mit dem Mentor kann ein Mentee die Gruppe wechseln.

## **5.4 Gestaltung der Mentoringtreffen**

Bei der Gestaltung der einzelnen Gruppentreffen werden die vier Faktoren des TZI-Modells berücksichtigt und dementsprechend die Themen und Strukturen gewählt. Jede Sitzung wird von der Gruppenleitung anhand des Modells vorbereitet, prozessorientiert gestaltet und reflektiert.

Der globe wird durch das Programmkonzept und die Rahmenbedingungen geprägt, daher sind die Treffen auf heterogene Gruppen von etwa zehn Teilnehmenden ausgelegt. Die zur Verfügung stehenden Räume werden so hergerichtet, z.B. mit Stuhlkreis und Möglichkeiten Plakate und Kärtchen zu schreiben, dass der Gruppenprozess unterstützt wird. Die einzelnen Teilnehmenden (ICH) haben unterschiedliche Erfahrungen und Erwartungen an das Mentoring. Diesen Verschiedenheiten soll vor allem durch die Themenwahl, aber auch durch Strukturen wie Einzel-, Partner- und Kleingruppenarbeit, Raum gegeben werden. Durchweg wünschen sich die Teilnehmenden einen Austausch mit anderen ÄiW. Auch dafür werden verschiedene Strukturen genutzt. Für die Entstehung eines Gruppengefühls (WIR) setzt die Gruppenleitung den Fokus im ersten gemeinsamen Treffen auf Kennenlernen und das Schaffen des gemeinsamen Bezuges (ES). Außerdem gestalten die Gruppenleiter Sicherheit, in dem die Rahmenbedingungen und Gruppennormen (z.B. die Regel, dass Vertrauliches innerhalb der Gruppe bleibt) erläutert werden. Im Sinne einer partizipierenden Leitung bringen sich auch die Mentoren als Personen mit ihren Erfahrungen ein.

Aus der Bedarfsanalyse kristallisierten sich elf Themenblöcke heraus, zu denen sich die ÄiW Unterstützung wünschten oder vorstellen konnten. Sämtliche fachlich-medizinischen Themen wurden dabei außen vor gelassen. Diese sind ausreichend in dem das Mentoringprogramm ergänzenden Seminarprogramm vertreten.

Die elf Themenblöcke sind:

- Wie finde ich eine gute Praxis/Klinik? (Stellensuche, Bewerbungen, Lohn)
- Stellenwechsel – was sollte ich beachten? (Kündigung, Zeugnisse, Förderantrag der Kassenärztlichen Vereinigung)
- Gestaltung der Weiterbildung – Welche Möglichkeiten und Hindernisse (formal und inhaltlich) begegnen mir? (Weiterbildungsordnung, Sinnvolle Rotationen, Erwerb von Kompetenzen)
- Vorbereitung auf die Facharztprüfung (Fahrplan, Organisation, Relevante Themen)
- Facharzt – was nun? (Niederlassung, Abrechnungswesen)
- Umgang im Team (Chef, Pflegepersonal, Medizinische Fachangestellte)
- Umgang mit Patienten, die mich an meine Grenzen bringen
- Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen – Was macht für mich Sinn? (Austausch über gute Angebote, Reflexion über eigene Schwerpunktsetzung, weiterbildungs- und abrechnungsrelevante Fortbildungen)
- Meine eigene Work-Life-Balance (persönliche Gestaltung und Reflexion)
- Forschung in der Allgemeinmedizin (Erlangung wissenschaftlicher Informationen, eigene Forschungsmöglichkeiten)
- Meine Rechte und Pflichten als AiW (z.B. bei Krankheit, Schwangerschaft, Praxisvertretung)

Während des ersten gemeinsamen Treffens in der Mentoringgruppe werden diese Themen vorgestellt und es wird die Möglichkeit gegeben, weitere Themenblöcke zu ergänzen. Anschließend wählen die Mentees die für sie relevanten Themen. Für die Auswahl erhält jeder Teilnehmende drei Klebepunkte, mit denen er die drei Themen, die für ihn am wichtigsten sind, markiert. Außer in dem ersten Treffen, in dem vor allem eine Orientierung in der Gruppe und der Bezug zur Allgemeinmedizin fokussiert werden, werden die weiteren Themen von der Gruppe bestimmt und gewünscht. Die Themenblöcke, die durch diese Methode die meisten Punkte erhalten, werden in den folgenden drei Sitzungen von den Mentoren inhaltlich und methodisch vorbereitet und gemeinsam in der Gruppe bearbeitet. Nach einem Jahr entscheidet sich die Gruppe gemeinsam für weitere Themen. Unter Umständen, z.B. bei großen Veränderungen der Gruppenzusammensetzung, werden einzelne Themenblöcke wiederholt.

Die beiden ersten Gruppen des Mentoringprogramms, die für die Interviews der Bedarfsanalyse zur Verfügung standen, wählten folgende Themen für die Pilotphase im ersten Jahr des Mentoringprogramms aus:

- Die Gruppe Frankfurt, bestehend aus zwölf Teilnehmenden aus Südhessen, wählte in ihrer ersten Sitzung für die drei nächsten Sitzungen die Themenblöcke Gestaltung der Weiterbildung, Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen sowie Vorbereitung auf die Facharztprüfung.
- Die Gruppe Marburg, bestehend aus elf Teilnehmenden aus Nord- und Mittelhessen, entschied sich für die Themenblöcke Gestaltung der Weiterbildung, Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen sowie die eigene Work-Life-Balance.

Die Leitung der beiden Gruppen bereitete sich somit auf insgesamt acht Treffen mit fünf verschiedenen Themen vor. Diese werden nun vorgestellt, um eine genauere Vorstellung von Inhalt und Ablauf dieser Treffen zu ermöglichen. Vor jedem Gruppentreffen setzt sich das Leitungsteam zur Vorbereitung zusammen und erstellt einen Ablaufplan, der das Thema, Zeitangaben und Methoden enthält.

#### **5.4.1 Themenblock: Orientierung in der Gruppe – mit wem bin ich hier?**

Das erste gemeinsame Treffen diente dem Kennenlernen der einzelnen Teilnehmenden und der Leitung, einen Überblick über die Struktur und die Themen der nächsten Sitzungen zu geben und damit Sicherheit in Bezug auf die Gruppe und das Mentoringprogramm zu bieten. Außerdem wurde nach einer ausführlichen Vorstellungsrunde und Erläuterung der Rahmenbedingungen eine Kleingruppenarbeit eingebaut, in der jeder anhand von zwei Fragen („Was reizt mich an der Allgemeinmedizin“ und „Was schreckt mich ab?“) seinen eigenen Bezug zur Allgemeinmedizin darstellt und bereits in der ersten Sitzung die Erfahrung machen kann, dass es anderen ähnlich geht und der Mentor manche vermeintlich abschreckenden Vorstellungen bereits auflösen kann. Beendet wurde das Treffen mit der Themenwahl für die folgenden drei Sitzungen, der Terminfindung für das nächste Treffen und der Evaluation.

**Mentoringprogramm**

Ort: Frankfurt am Main, IfA, Seminarraum Datum: 03.04.2013 Beginn: 16:00 Ende: 18:00

Leitung: Marischa Broermann (mb), Arzt (wu) Gruppe: Ffm

Rahmenbedingungen (Raum, Sitze, etc.): Stuhlkreis, Namensschilder in der Mitte, frei Platzwahl, Stellwand vor der Glastür mit Flipchart-Papier, Getränke am Rand

Zeit	Thema	Lernziele und Inhalte	Methoden / Medien	TZI-Faktor	Akteure
16:00-16:10	Begrüßung und Vorstellung des heutigen Treffens	Sicherheit durch Erläutern des Rahmen und Orientierung geben Inhalte: Begrüßen, Einbettung in den Kontext, Verknüpfung zum SP, uns vorstellen, Raum, Themen heute, Aufnahmegerät erklären	Plenum	WIR/ ES	mb
16:10-16:20	Orientierung in der Gruppe – mit wem bin ich hier?	Orientierung bieten Wer bin ich? Ich komme gerade...	Im Plenum, der Reihe nach, jeder einen Satz	ICH/ WIR	wu alle

16:20-16:55	Mein Bezug zur Allgemeinmedizin	Was reizt mich an der AM? Was schreckt mich ab?	3er Gruppen, freie Gruppenbildung mit Hinweis, dass sich Menschen zusammen finden, die sich noch nicht (gut) kennen Beide Fragen auf Flipchart, jeder schreibt zu jeder Frage eine Antwort auf ein Kärtchen	ICH/ WIR/ ES	mb alle
16:55-17:25	Mein Bezug zur Allgemeinmedizin	Austausch zur vorherigen Aufgabe, wichtig im gesamtem Plenum, weil wir eine Gruppe sind und auch die anderen mitbekommen sollten, was bei euch Thema war	Plenum, Kärtchen an Pinnwand zusammentragen	WIR	wu alle
17:25-17:40	Themenfindung (wir sammeln Themenwünsche der TN + wir finden ein Thema für die nächste Sitzung)	Anknüpfen an Themenwünsche aus Interview, nennen der Ergebnisse, weitere Themenwünsche sammeln	Offenes Plenum Ergebnisse auf Kärtchen Ein-Punkt-Abfrage	ES	mb Alle
17:40-17:50	Organisatorisches und Abschied	Nächste Termine, Evaluation erklären Verabschieden	Terminvorschläge an Pinnwand?	ES	wu
17:50-18:00	Evaluation	Feedback zur Evaluation	Evaluationsbogen	ES	alle

Abbildung 17: Ablaufplan –: Orientierung in der Gruppe – mit wem bin ich hier?

#### 5.4.2 Themenblock: Gestaltung der Weiterbildung – Welche Möglichkeiten und Hindernisse (formal und inhaltlich) begegnen mir?

Nach einer Eingangsrunde, in der jeder Teilnehmer erzählt, wie es ihm geht und was sich seit dem letzten Treffen verändert hat, wurde von Seiten der Leitung ein theoretischer Input zur Weiterbildungsordnung (Landesärztekammer Hessen 2012), der formalen Seite der Weiterbildung, und zum Kompetenzbasierten Curriculum (Steinhaeuser et al. 2013), der inhaltlichen Seite der Weiterbildung, gegeben. Im Anschluss daran reflektierten die Teilnehmenden in Kleingruppen, wo sie selber in ihrer Weiterbildung stehen, welche

Abschnitte und Kompetenzen sie schon erlernen konnten und welche ihnen noch fehlen. Offene Fragen wurden im Anschluss im Plenum diskutiert und jeder Teilnehmer benannte seinen nächsten Schritt in Bezug auf die Weiterbildung. Abschließend wurden ein Termin für das Folgetreffen gefunden, das Thema bekannt gegeben und die Evaluationsbögen ausgefüllt.



Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen

**Mentoringprogramm**

Ort: Marburg, Bibliothek

Datum: 26.06.2013

Beginn: 16:00 Ende: 18:00

Leitung: Marischa Broermann (mb), Arzt (wu) Gruppe: MR

Rahmenbedingungen (Raum, Sitze, etc.): Bibliothek, frei Platzwahl, Magnettafel, Getränke auf dem Tisch und an der Seite, Kekse und Snacks

Zeit	Thema	Lernziele und Inhalte	Methoden / Medien	TZI-Faktor	Akteure
16:00-16:15	Begrüßung, Namenrunde und Vorstellung des heutigen Themas	Begrüßung, Kaffee und Kuchen, Namenrunde zum Erinnern, Thema nennen, Aufnahmegerät Runde im Plenum zu „Wie bin ich hier?“ Thema: Wie gestalte ich meine WB? Welche Möglichkeiten und Hindernisse (formal und inhaltlich) begegnen mir?	Plenum Thema auf Flipchart Liste Unterschrift Aufnahmegerät	WIR/ ES	mb
16:15-16:30	Input: WBO	Überblick über die Rahmenbedingungen der WB (WBO und Anlage zum Zeugnis) 5 min Zeit zum Nachfragen	Plenum, Vortrag, Plakat mit WBO und mit Fächern der patientennahen Versorgung	ES	wu
16:30-16:45	Input: Kompetenzbasiertes Curriculum	Überblick über die inhaltliche Gestaltung der WB anhand des Heidelberger Komp.bas. Curriculums 5 min Nachfragen Evtl. offene Fragen auf die KG oder das Abschlussplenum verweisen	Curriculum zum Austeilen	ES	mb

16:45-16:55	Bildung der Kleingruppen	Bildung der Kleingruppen und Einleitung in das Thema/Aufgabe in der KG	Alle stellen sich in einer Reihe nach Stand der WB auf, abzählen bis 3 → 4 KG	WIR	mb alle
16:55-17:25	Kleingruppenarbeit: Standortbestimmung	Thema: Wo stehe ich in meiner WB? Was konnte ich bisher mitnehmen und was fehlt mir?	KG zu dritt In versch. Räumen	ICH/ WIR	alle
17:25-17:35	Sammlung offener Fragen und Anliegen und Anregungen aus der KG	Was konnte in der Kg noch nicht geklärt werden? Was kam an Fragen auf? Was konnte geklärt werden und soll trotzdem noch ins Plenum gegeben werden?	Plenum	WIR	wu
17:35-17:45	Mein nächster Schritt	Was steht bei mir als nächster Schritt an? (formal und inhaltlich)	Plenum	ICH	mb Alle
17:45-18:00	Abschluss	Terminfindung der nächsten beiden Sitzung, Themenvorstellung (Fortbildungen und Kurse) Kuchen für das nächste Mal Angebot des Einzel-Mentoring Erinnerung DEGAM-Kongress in München Evaluation	Termin auf Zettel Evaluationsbögen	ES	

Abbildung 18: Ablaufplan – Gestaltung der Weiterbildung – Welche Möglichkeiten und Hindernisse (formal und inhaltlich) begegnen mir?

### 5.4.3 Themenblock: Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen

Das für beide Gruppen dritte Treffen stand unter dem Thema „Welche Kurse und Fortbildungen habe ich bereits besucht und möchte ich noch besuchen. Was halte ich davon für relevant?“. Nach der üblichen Eingangsrunde wurden die Teilnehmenden angeregt sich zu überlegen, nach welchen Kriterien sie Fortbildungen (z.B. ärztliche Qualitätszirkel und Kongresse) und Zusatzqualifikationen (z.B. Weiterbildungen in Homöopathie oder Ernährungsmedizin) auswählen. Anschließend wurden an zwei Tischen, die von jeweils einem Mentor moderiert wurden, Erfahrungen und Wünsche gesammelt, diskutiert, farbig hervorgehoben und ausgetauscht. Nach einer Posterbegehung lag der Fokus auf der eigenen Überlegung, welche Kriterien für die Auswahl der nächsten Fortbildung/Zusatzqualifikation eine Rolle spielen.



Abbildung 19: Plakate zum Thema „Fortbildungen/Kurse und Zusatzqualifikationen“ der Gruppe Marburg

Abgeschlossen wurde das Treffen wie üblich mit organisatorischen Fragen und der Evaluation.



**Mentoringprogramm**

Ort: Frankfurt am Main, IfA, Seminarraum Datum: 18.09.2013 Beginn: 16:00 Ende: 18:00

Leitung: Marischa Broermann (mb), Arzt (wu) Gruppe: Ffm

Rahmenbedingungen (Raum, Sitze, etc.): Seminarraum, frei Platzwahl, Magnettafel, Getränke auf dem Tisch und an der Seite, Kekse und Snacks

Zeit	Thema	Lernziele und Inhalte	Methoden / Medien	TZI-Faktor	Akteure
16:00-16:20	Begrüßung und Vorstellung des heutigen Themas	Begrüßung, Kaffee und Kuchen, Thema nennen, Aufnahmegerät Runde im Plenum zu „Wie bin ich hier?“ Thema: Fortbildungen und Kurse. „Welche Kurse und Fortbildungen habe ich bereits besucht und möchte ich noch besuchen. Was halte ich davon für relevant?“	Plenum Thema auf Flipchart Liste Unterschrift Aufnahmegerät	ICH/ ES	mb/wu
16:20-16:30	Meine Kriterien	Eigene Überlegung, welche Kriterien	Einzelarbeit Zettel und Stifte verteilen	ICH	mb
16:30-16:50	Relevanz der Kriterien	Austausch über Kriterien und deren Relevanz, evtl. neue hinzufügen, in Reihenfolge bringen	3er Gruppen	ICH/ WIR	wu
16:50-17:10	Zusatzqualifikation/ Fortbildungen	Sammeln, wer was gemacht hat, mit rot markieren, was diskussionswürdig ist, evtl mit ?/! und unterstreichen deutlich machen	Halbplenum 2 Tische mit je zwei Plakaten, 2 Farben (Gruppe 1 blau, Gruppe 2 grün + rot an jedem Tisch) wu und mb an je einem Tisch als Moderation	WIR/ ES	alle
17:10-17:30	Zusatzqualifikation/ Fortbildungen	Sammeln, wer was gemacht hat, mit rot markieren, was diskussionswürdig ist, evtl mit ?/! und unterstreichen deutlich machen	Halbplenum 2 Tische mit je zwei Plakaten, 2 Farben (Gruppe 1 blau, Gruppe 2 grün + rot an jedem Tisch) wu und mb an je einem Tisch, Moderation	WIR/ ES	alle
17:30-17:45	Austausch aus dem Halbplenum	Diskussion, Austausch, Posterbegehung, Fragerunde	Plenum	ES	wu
17:45-17:50	Eigene Fokussierung	Fokussierung auf eigene Entscheidung, eigene Wertung, „was ist mir wichtig, was würde ich gerne besuchen?“	Einzelarbeit	ICH	
17:50-18:00	Abschluss	Terminankündigung der übernächsten Sitzung Themenvorstellung (Ffm: Vorbereitung auf die FA-Prüfung, MR: work-life-balance) Kuchen für das nächste Mal Angebot des Einzel-Mentoring Mail mit Links wird versendet Evaluation	Termin auf Zettel Evaluationsbögen	ES	mb

Abbildung 20: Ablaufplan – Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen

**5.4.4 Themenblock: Vorbereitung auf die Facharztprüfung**

Nach der Eingangsrunde und der Vorstellung des Themas wurden gemeinsam im Plenum des vierten Treffens der Gruppe Frankfurt einige wichtige Punkte zur Anmeldung und Informationen zum Ablauf der Prüfung gesammelt.

Anschließend wurde eine Prüfungssituation dargestellt und im Rollenspiel wurden mehrere freiwillige Teilnehmende von einem der Mentoren, der zugleich Prüfer der Landesärztekammer ist, möglichst realitätsnah geprüft. Ziel war das Kennenlernen und

Üben der Prüfungssituation, um mögliche Ängste abzubauen und Sicherheit in Bezug auf die eigene Prüfung zu gewinnen.

Im Plenum wurden anschließend einige Tipps zur Prüfungsvorbereitung ausgetauscht. Abschließend wurde neben der Evaluation über weitere Teilnahmemöglichkeiten am Mentoringprogramm im folgenden Jahr sowie die Bereitschaft zum Interview geredet.

### Mentoringprogramm

Ort: Frankfurt am Main, IfA, Bibliothek

Datum: 04.12.2013

Beginn: 16:00 Ende: 18:00

Leitung: Marischa Broermann (mb), Arzt (wu)

Gruppe: Ffm

Rahmenbedingungen (Raum, Sitze, etc.): Bibliothek, frei Platzwahl, Magnettafel, Getränke auf dem Tisch und an der Seite, Kekse und Snacks

Zeit	Thema	Lernziele und Inhalte	Methoden / Medien	TZI-Faktor	Akteure
16:00-16:20	Begrüßung und Vorstellung des heutigen Themas	Begrüßung, Kaffee und Kuchen, Thema nennen, Aufnahmegerät Thema: Vorbereitung auf die Facharztprüfung „Wie bereite ich mich gut vor?“	Plenum Liste Unterschrift Aufnahmegerät	ES	mb/wu
16:10-16:30	Eingangsrunde	Runde im Plenum zu „Wie bin ich hier?“ Anregen zum Nachfragen Beginnt, wer mag	Plenum	ICH	mb
16:30-16:40	Facharztprüfung	Organisatorisches, Rahmenbedingungen, Anmeldung, Dauer, Prüfer...	Plenum	ES	mb/wu
16:40-17:30	Rollenspiele	So realitätsnah wie möglich, Freiwillige und wu, das erste Rollenspiel etwas länger, anschließend mehrere kürzere Nach jedem Rollenspiel klatschen und Nachfrage: „Wie geht es dir damit?/Wie war das für dich?“ Feedback wu	Aufbau wie in Realität	ES/ ICH	wu/alle
17:30-17:40	Vorbereitung auf die FA-Prüfung: Zeitplan	Nochmal gemeinsam einen Zeitplan erstellen mit wichtigen Eckdaten und Literaturhinweisen/Themen zu lernen	Plenum Flipchartpapier, Stifte (wird später versendet)	ES	wu Moderation mb aufschreiben Alle bringen sich ein
17:40-17:50	Orga	Wie geht es weiter? Anmeldung (Datenbank) Nächster Termin (12.3.14) Nächstes Thema Inhalte von heute werden verschickt Interviews	Plenum Zettel an den WBE Terminliste Interviews	ES	mb
17:50-17:58	Endrunde	1. Was habe ich heute mitgenommen? 2. Tendenz zur weiteren TN	Plenum	ICH	
17:58-18:00	Evaluation	Evaluation	Termin auf Zettel Evaluationsbögen	ES	mb

Abbildung 21: Ablaufplan – Vorbereitung auf die Facharztprüfung

### 5.4.5 Themenblock: Meine eigene Work-Life-Balance

In der vierten Sitzung der Gruppe Marburg stand die Überlegung um die eigene Balance zwischen Arbeit und Familie/Freizeit im Mittelpunkt. Das Thema lautete: „Wie ausbalanciert erlebe ich mein eigenes Leben? Wo möchte ich stärker hinschauen?“. Dafür überlegten sich die Teilnehmenden zuerst, wo sie zurzeit in ihrem Leben stehen und wie zufrieden sie mit der derzeitigen Gestaltung der Situation sind, um sich darüber in der Kleingruppe auszutauschen. Nach einem kurzen theoretischen Input zum Thema folgte eine Einzelarbeit: Jeder Teilnehmende wählte eine Postkarte, auf die er eine ganz konkrete Idee aufschreiben sollte, worauf er in den nächsten Wochen achten möchte. Die Postkarten wurden in Briefumschläge gesteckt, an sich selbst adressiert und einen Monat später von den Mentoren an die Teilnehmenden versandt. Jeder hatte, nachdem er die Postkarte beschrieben hatte, die Möglichkeit, seinen Fokus für die nächste Zeit im Plenum vorzustellen. Abschließend wurde auch in dieser Gruppe neben der Evaluation über weitere Teilnahmemöglichkeiten am Mentoringprogramm im folgenden Jahr sowie die Bereitschaft zum Interview geredet.

#### Mentoringprogramm

Ort: Marburg, Bibliothek

Datum: 11.12.2013

Beginn: 16:00 Ende: 18:00

Leitung: Marischa Broermann (mb), Arzt (wu) Gruppe: MR

Rahmenbedingungen (Raum, Sitze, etc.): Bibliothek, frei Platzwahl, Stuhlkreis, Magnettafel, Getränke auf dem Tisch und an der Seite, Kekse und Snacks

Zeit	Thema	Lernziele und Inhalte	Methoden / Medien	TZI-Faktor	Akteure
16:00-16:05	Begrüßung und Vorstellung des heutigen Themas	Begrüßung, Kaffee und Kuchen, Thema nennen, Aufnahmegerät Thema: work-life-balance „Wie ausbalanciert erlebe ich mein eigenes Leben? Wo möchte ich stärker hinschauen?“	Plenum Liste Unterschrift Aufnahmegerät	ES	mb/wu
16:05-16:30	Eingangsrunde	Runde im Plenum zu „Wie bin ich hier?“	Plenum	ICH	alle
16:30-16:40	Waage: work-life-balance	Jeder ordnet sich auf einem Plakat zu, wo er/sie sich gerade sieht	Plenum Plakat Magnetwand Stifte	ICH/ WIR	wu
16:40-17:10	Meine eigene work-life-balance	„Wo stehe ich jetzt“ „Wo möchte ich gerne hin?“ „Was kann ich dafür tun?“	KG 3er Austausch, jeder 10 min	ICH/ WIR	Anleitung mb alle
17:10-17:20	Theoretischer Input	Definition Work-life-balance Individuelle verschieden Was braucht es für ein ausgewogenes, gesundes Leben?	Plenum, Vortrag	ES	mb

17:20-17:30	Mein Leben in Balance bringen	„Eine ganz konkrete Idee, was du tun kannst, um dein Leben ein Stückchen mehr in Balance zu bringen“ Konkrete Idee auf eine Postkarte schreiben	Einzel Postkarten, Briefumschläge, Stifte	ICH	mb
17:30-17:45	Meine konkrete Idee	Runde im Plenum, in der jeder den anderen seine Idee mitteilt	Plenum	WIR/ ICH	
17:45-18:00	Orga	Anmeldungen (Datenbank) Terminankündigung der übernächsten Sitzung, Interviews Themenvorstellung Kuchen für das nächste Mal Angebot des Einzel-Mentoring	Termin auf Zettel Zettel an WBE Termine Interviews	ES	mb
17:55-18:00	Evaluation	Eva	Evaluationsbögen	ES	

Abbildung 22: Ablaufplan – Meine eigene Work-Life-Balance

## 5.5 Evaluation des Mentoringprogramms

Formal entspricht das Programm den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Mentoring (DGM) und wurde von dieser im April 2015 erfolgreich zertifiziert. Ein wichtiges Qualitätskriterium ist eine kontinuierliche Evaluation. Diese erfolgt mittels Evaluationsbögen, die an Mentees und Mentoren (siehe Anhang k und l) nach jedem Gruppentreffen ausgeteilt werden. Die Bögen der Mentees sind anonymisiert und wurden seit Beginn des Programms an die Teilnehmenden aller Gruppen im Anschluss an jede Sitzung ausgeteilt, die Daten in SPSS eingegeben und regelmäßig ausgewertet.

Die Ergebnisse jeden Treffens dienen den Mentoren als direktes Feedback und zur Vorbereitung der nächsten Sitzung. Außerdem dient der Vergleich der Bögen der Mentees und Mentoren der Programmorganisation zur objektiven Einschätzung der Gruppensitzungen.

Neben den Evaluationsbögen wurde mit den Teilnehmenden der ersten beiden Gruppen nach einem Jahr der Teilnahme ein Interview geführt.

Die Ergebnisse der Evaluation des Mentorings anhand der beiden ersten Mentoringgruppen im Pilotjahr werden im Folgenden dargestellt.

## 6. Post-Evaluation

*„das Mentoring hat mir einfach nochmal so'n Schubs in Richtung pro Allgemeinmedizin [...] gegeben“  
(MR II\N02\_2014: 61)*

Für die Post-Evaluation des Mentoringprogramms des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin Hessen liegt ein zweiphasiges, paralleles *Mixed-Methods*-Design vor. Zum einen wurden die Mentees und Mentoren der ersten beiden Gruppen nach jedem Treffen der Mentoringgruppen des Weiterbildungskollegs mittels eines Evaluationsbogen befragt. Zum anderen wurden die Teilnehmenden, die bereits im Vorfeld des Programms zu ihren Weiterbildungsbedingungen sowie Wünschen und Erwartungen an ein Mentoringprogramm interviewt wurden, ein weiteres Mal nach einem Jahr der Teilnahme am Programm zu ihren Erfahrungen mittels eines leitfadengestützten Interviews befragt. Beide Methoden und deren Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

### 6.1 Evaluationsbögen

Zur kontinuierlichen Evaluation und Qualitätssicherung wurden zwei verschiedene Evaluationsbögen entwickelt. Sowohl die Mentees als auch die Mentoren wurden nach jedem Gruppentreffen im Zeitraum von April 2013 bis Dezember 2014 gebeten, einen Bogen auszufüllen (siehe Anhang k und l). Im Folgenden werden diese Ergebnisse dargestellt, sowohl unterschieden nach Mentoren und Mentees, als auch unterschieden nach den beiden Gruppen Ffm und MR sowie nach dem ersten und zweiten Jahr der Teilnahme am Mentoringprogramm.

#### 6.1.1 Methode

Die Evaluationsbögen wurden Anfang 2013 von der Autorin des Programms entwickelt und in einem multiprofessionellem Team, bestehend aus zwei Diplom-Psychologen, einer weiteren Diplom-Pädagogin und zwei Fachärzten für Allgemeinmedizin, diskutiert, überarbeitet und seitdem in allen Mentoringgruppen ausgegeben. „

Der Evaluationsbogen für Mentees (siehe Anhang k) enthält neben demografischen Angaben 17 geschlossene Fragen (fünf Fragen mit dichotomer Antwortmöglichkeit, elf dreistufige Ratingskalen (1=„trifft zu“, 2=„trifft teilweise zu“, 3=„trifft nicht zu“), eine sechsstufige Ratingskala (1=„trifft voll und ganz zu“ bis 6=„trifft überhaupt nicht zu“), eine offene Frage sowie Raum für weitere Anmerkungen und Kommentare.

Die Fragen spiegeln die vier Dimensionen der dynamischen Balance, *Ich*, *Wir*, *Es* und *globe* (siehe Kapitel 2.3) wider. Das *Ich* zeigt sich in Fragen wie dem persönlichen Gefühl an Unterstützung, das *Wir* äußert sich in der Einschätzung der Gruppenatmosphäre- und zugehörigkeit. Das *Es* bezieht sich auf das Thema der Treffen und bezüglich des *globe* werden die Mentees nach den Rahmenbedingungen der Treffen, Erreichbarkeit des Ortes, zeitlichem Umfang, Räumlichkeiten etc. befragt.

Der Evaluationsbogen für Mentoren (siehe Anhang I) enthält demografische Angaben, offene Fragen zu Besonderheiten des Treffens und Fragen zu möglicher Anzahl und Art der Kontakte zu den Mentees zwischen den Gruppentreffen. Daneben gibt es neun Fragen, eine mit dichotomer Antwortmöglichkeit, eine Frage mit einer sechsstufigen Ratingskala (1 = „trifft voll und ganz zu“ bis 6 = „trifft überhaupt nicht zu“), acht Fragen mit einer dreistufigen Ratingskala (1 = „trifft zu“, 2 = „trifft teilweise zu“, 3 = „trifft nicht zu“) und eine offene Frage. Diese Fragen entsprechen den Fragen der Mentees, sodass bei diesen ein direkter Vergleich aus der Sicht von Mentoren und Mentees möglich ist.

Die Evaluationsbögen wurden deskriptiv mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS (IBM statistics, Version 20) ausgewertet.

### 6.1.2 Ergebnisse

Im Zeitraum von April 2013 bis Dezember 2014 fanden in beiden Gruppen je acht Mentoringtreffen an den Standorten Frankfurt am Main und Marburg statt. Insgesamt sind 30 Mentees<sup>13</sup> (mit 132 Evaluationsbögen von zwei Gruppen à acht Treffen in zwei Jahren) und drei<sup>14</sup> Mentoren (mit 32 Evaluationsbögen von je zwei Mentoren pro Gruppentreffen) befragt worden. Da die Bögen jeweils am Ende eines Treffens verteilt wurden, ist ein Rücklauf von 100% erzielt worden.

Folgende Themen wurden während der Treffen behandelt:

---

<sup>13</sup> Davon 13 Mentees der Gruppe Marburg (elf im Interview befragte ÄiW, sowie zwei weitere, die nach einem Jahr der Gruppentreffen neu hinzukamen) und 17 Mentees der Gruppe Frankfurt (die zwölf im Interview befragten, sowie fünf weitere, die nach einem Jahr der Teilnahme hinzukamen).

<sup>14</sup> Im ersten Jahr der Teilnahme wurden beide Gruppen von denselben Mentoren, eine pädagogische Leitung und ein allgemeinmedizinischer Mentor, betreut. In der Gruppe Marburg veränderte sich nach dem fünften Treffen der allgemeinmedizinische Mentor, die pädagogische Leitung blieb gleich.

- Kennenlernen und der eigene Bezug zur Allgemeinmedizin (MR und Ffm)
- Gestaltung der eigenen Weiterbildung (MR und Ffm)
- Fortbildungen und Kurse: Was macht für mich Sinn? (MR und Ffm)
- Work-Life-Balance/Vereinbarkeit von Familie und Beruf (MR)
- Vorbereitung auf die Facharztprüfung (Ffm)
- Orientierung für das nächste Jahr, Themenfindung (MR und Ffm)
- Facharzt/ärztin – und dann? (Ffm)
- Meine Rolle als Arzt/Ärztin in Weiterbildung (MR und Ffm)
- Prävention in der Hausarztpraxis (Ffm)
- Fehlerkultur (MR)
- Der besondere Patient (MR)

Im Folgenden werden die Evaluationsergebnisse der Treffen aus Sicht der Mentees und der Mentoren vorgestellt.

### Evaluation der Mentees

Die Mentees fühlen sich rechtzeitig über die Treffen informiert und der Treffpunkt ist für sie gut zu erreichen. Sie halten die Räumlichkeiten (Bibliotheken und Seminarräume der Abteilungen für Allgemeinmedizin) sowie die Treffen an einem Mittwochnachmittag für geeignet (siehe Abbildung 23).

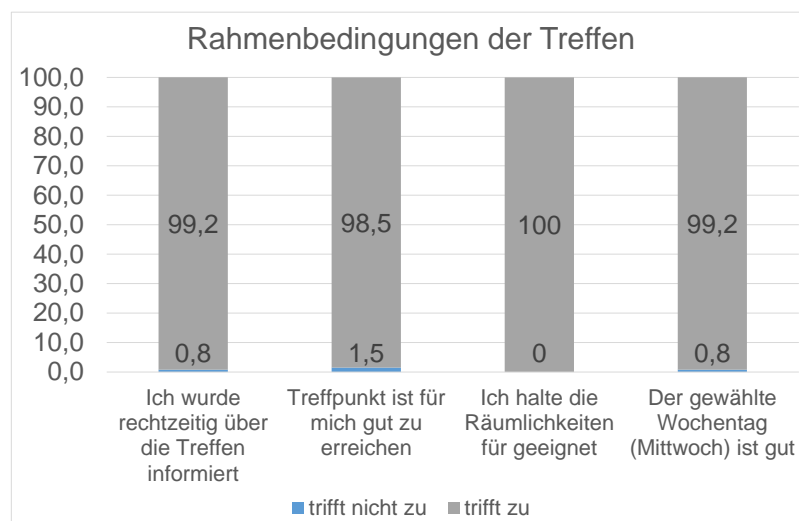


Abbildung 23: Rahmenbedingungen der Mentoringtreffen aus Sicht der Mentees. n=132; Angaben in Prozent.

Außerdem finden sie den gewählten zeitlichen Rahmen von zwei Stunden in den meisten Fällen für genau richtig, jedoch in knapp 12% der Fälle zu kurz (siehe Abbildung 24). Für die meisten Treffen wurden die Mentees problemlos von ihrem Arbeitgeber freigestellt bzw. lag bei einem knappen Drittel der Fälle der Zeitpunkt des Treffens außerhalb der Arbeitszeit (siehe Abbildung 25). Bei fünf Mentees gab es Probleme mit der Freistellung (genannt in sechs Evaluationsbögen). Dies betrifft sowohl Mentees der Gruppe Frankfurt (n=2) als auch Marburg (n=3), von denen sich drei in der klinischen und zwei in der ambulanten Phase der Weiterbildung befinden.

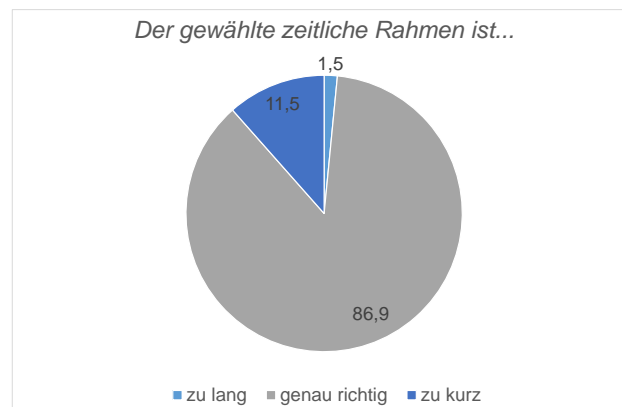


Abbildung 24: Zeitlicher Rahmen. n=130; Angaben in Prozent.

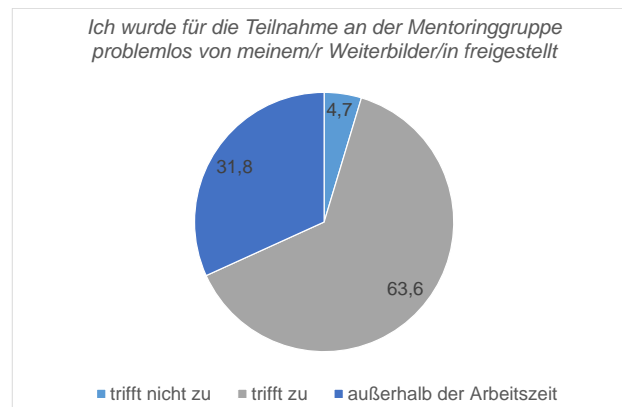


Abbildung 25: Freistellung für das Mentoringprogramm. n=129; Angaben in Prozent.



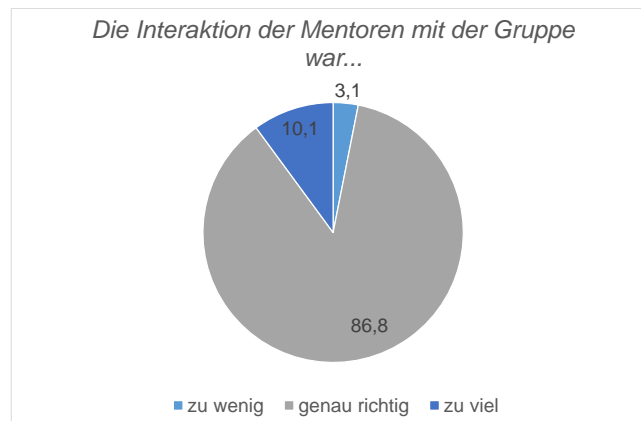


Abbildung 26: Interaktion der Mentoren. n=129; Angaben in Prozent.

Die Interaktion der Mentoren mit der Gruppe halten die Mentees überwiegend für angemessen (siehe Abbildung 26). Abbildung 27 zeigt, dass die Mentees sehr zufrieden mit der Gruppe, insbesondere mit der Gruppenatmosphäre und der Interaktion untereinander sowie mit den Mentoren sind. Beide Mentoren, sowohl die pädagogische Leitung als auch der erfahrene Facharzt für Allgemeinmedizin, werden annähernd gleich gut bewertet. In über 90% der Fälle fühlen sich die Befragten der Gruppe zugehörig. Knapp 10% geben jedoch an, sich nur teilweise oder nicht zugehörig zu fühlen. Ein ähnliches Ergebnis erzielt die Frage danach, ob der Austausch mit anderen ÄiW hilfreich war. Ob es hierbei Unterschiede in den beiden Gruppen Marburg und Frankfurt oder im ersten und zweiten Jahr der Teilnahme gibt, wird ab Seite 110 überprüft. Aufgrund der großen Heterogenität der Gruppe mit ihren verschiedenen Weiterbildungsstadien sind in einzelnen Sitzungen die Themen nicht für alle ÄiW gleich relevant. In 96,9% der Fälle würden die Teilnehmenden das Mentoring jedoch weiterempfehlen.

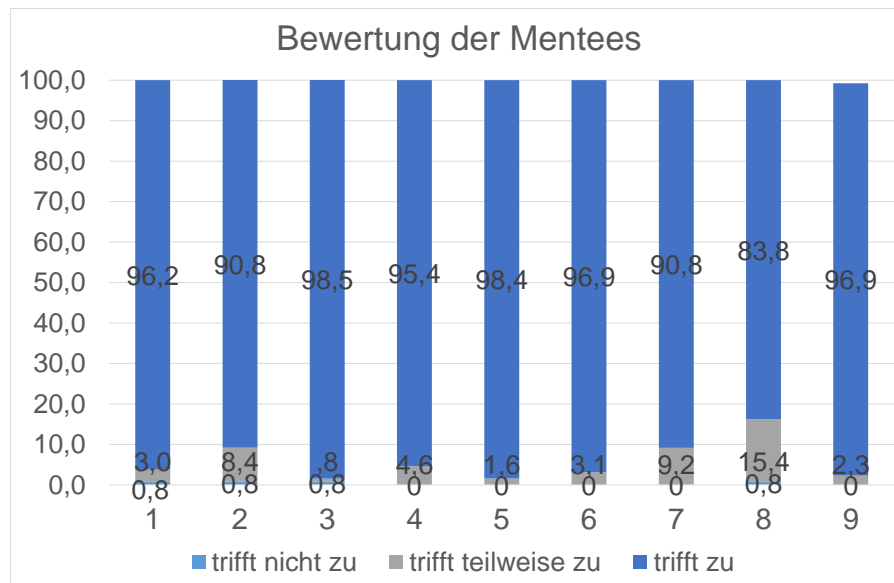


Abbildung 27: Bewertung der Mentees. n=125-132; Angaben in Prozent.

1. In der Gruppe herrschte eine positive Atmosphäre.
2. Ich habe das Gefühl von Gruppenzugehörigkeit.
3. Die Mentoren haben die Möglichkeit gegeben, sich in der Gruppe zu beteiligen.
4. Ich hatte das Gefühl, dass die Mentoren gut aufeinander abgestimmt waren.
5. Person A (pädagogische Leitung) ist angemessen auf die Fragen und Kommentare der Teilnehmenden eingegangen.
6. Person B (fachärztlicher Mentor) ist angemessen auf die Fragen und Kommentare der Teilnehmenden eingegangen.
7. Der Austausch mit anderen ÄiW war für mich sehr hilfreich.
8. Die heute angesprochenen Themen waren für mich relevant.
9. Ich würde die Teilnahme am Mentoring weiterempfehlen.

Insgesamt haben die Mentees das Gefühl durch das Mentoring unterstützt zu werden (99,3% im positiven Bereich, davon 97% in den obersten beiden Skalen; siehe Abbildung 28). In nur vier Aussagen wird der Aussage nur eher oder weniger zugestimmt, diese Aussagen stammen alle von demselben ÄiW aus der Gruppe Frankfurt.

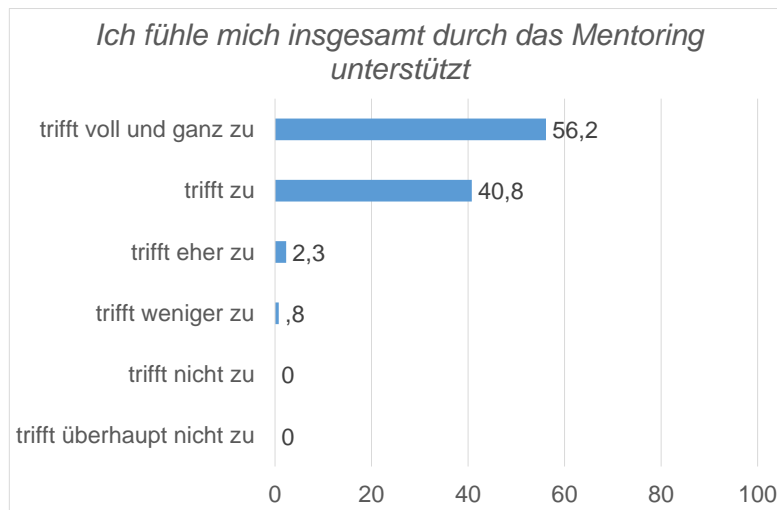


Abbildung 28: Unterstützungsgefühl der Mentees. n=130; Angaben in Prozent.

In 26 Fällen nutzten die Mentees das Freitextfeld für weitere Anregungen und Kommentare. Diese lassen sich drei Kategorien zuordnen: Lob/Dank, Rahmenbedingungen und Inhalte. Die Kategorie Lob/Dank umfasst zehn Aussagen, z.B. „*prima weiter so! Es gibt jedes Mal einen Motivationsschub. Man Fühlt sich nicht mehr so alleine*“. Unter Rahmenbedingungen (n=4) werden Methoden und Strukturen und der Wunsch nach häufigeren Seminartagen angesprochen: „*Seminar-Anzahl auf 6x pro Jahr erweitern für 2014!*“ oder „*Vllt. wieder andere Methoden, Zwiesgespräche, Schreibgespräche, Poster etc. einfließen lassen bitte*“. Die Kategorie Inhalte umfasst zwölf Aussagen zu Themen, die sich die ÄiW wünschen, wie z.B. „*Welche Fortbildungen sind für die Zeit der Praxisarbeit zu empfehlen - WB-Tage sind Praxis? Was wird gefördert?*“ und „*Vorbereitung auf Prüfung*“.

### ***Unterschiede in den Erhebungsjahren 2013 und 2014 sowie zwischen den Gruppen Frankfurt und Marburg***

In beiden Jahren traf sich jede Gruppe viermal. Nach dem ersten Jahr der Teilnahme änderte sich jedoch die Gruppenzusammensetzung in beiden Gruppen. Da die Teilnehmenden sich jeweils verbindlich für ein Jahr anmelden, hatten sie danach die Möglichkeit erneut zu entscheiden, ob sie weiter an der Gruppe teilnehmen möchten oder nicht. Gründe für ein Beenden der Teilnahme waren insbesondere absolvierte Facharztprüfungen und Elternzeiten. In der Gruppe Marburg entschieden sich neun von elf Mentees dafür, weiter an der Gruppe teilzunehmen. Drei weitere ÄiW traten der Gruppe neu bei. In der Gruppe Frankfurt setzten sechs von zwölf Mentees ihre Teilnahme fort, vier weitere Teilnehmer kamen neu hinzu.

Aufgrund des Wechsels innerhalb der Gruppe und der damit verbundenen unterschiedlichen langen Gruppenzugehörigkeit der Mentees besteht die Hypothese, dass die beiden Jahre unterschiedlich bewertet wurden.

Um dies zu überprüfen, wurden einige Items für den Vergleich der Jahre 2013 und 2014 herangezogen. Es wurden Items ausgewählt, bei denen mehr als 5% der Fälle vom höchsten zu erreichenden Wert abwichen. Bei einer höheren Übereinstimmung wurde davon ausgegangen, dass keine Effekte zwischen beiden Gruppen bestehen. Die für den Vergleich herangezogenen Items sind die zur Interaktion der Mentoren mit der Gruppe, der Gruppenzugehörigkeit, dem hilfreichen Austausch mit anderen ÄiW, der Themenrelevanz und dem Gefühl der Unterstützung durch das Mentoring. Um Unterschiede festzustellen wurden die Effektstärken jeweils zwischen den beiden Gruppen berechnet. Die Berechnung der Effektstärke bietet den Vorteil, dass diese von der Stichprobengröße unabhängig sind und keine statistische Signifikanz, sondern einen absoluten Effekt darstellt. Hierbei werden die Mittelwerte beider Gruppen (Marburg und Frankfurt, 2013 und 2014 sowie der ärztlichen und pädagogischen Leitung) miteinander verglichen (Lenhard und Lenhard 2015)<sup>15</sup>.

Die folgende Tabelle 5 zeigt die Effektstärken der einzelnen Items im Vergleich der Jahre 2013 und 2014.

---

<sup>15</sup> Da in diesem Fall keine Stichprobe, sondern die komplette Population der zu dem Zeitpunkt teilnehmenden Mentees an den ersten beiden Gruppen des Mentoringprogramms in Hessen befragt wurde, wurde kein Signifikanztest durchgeführt. Signifikanztests haben das Ziel, die unbekannten Ausprägungen der Populationsparameter herauszufinden, da hier jedoch die Daten der Gesamtpopulation vorliegen, erübrigt sich der Signifikanztest Bortz (2006, S. 492 ff.).

Tabelle 5: Effektstärken im Vergleich der Jahre 2013 und 2014 aus Sicht der Mentees

Items	Jahr 2013	Jahr 2014
Interaktion der Mentoren mit der Gruppe	AM <sup>16</sup> : 1,09	AM: 1,05
	s <sup>17</sup> : 0,332	s: 0,387
	d <sup>18</sup> = -0.112	
Gruppenzugehörigkeit	AM;: 1,91	AM: 1,89
	s: 0,282	s: 0,37
	d = -0.061	
Austausch mit anderen ÄiW	AM: 1,87	AM: 1,95
	s: 0,337	s: 0,218
	d = 0.278*	
Themenrelevanz	AM: 1,84	AM: 1,82
	s: 0,369	s: 0,428
	d = -0.05	
Unterstützungsgefühl	AM: 4,6	AM: 4,43
	s: 0,549	s: 0,621
	d = -0.291*	

Im Vergleich der beiden Jahre zeigt sich, dass es kaum Unterschiede in der Bewertung gibt. Lediglich der Austausch mit anderen ÄiW wird im zweiten Jahr mit einem kleinen Effekt als hilfreicher bewertet und insgesamt fühlten sich die Mentees im ersten Jahr mit einem kleinen Effekt besser unterstützt, wie dies auch die folgende Abbildung 29 zeigt.

<sup>16</sup> AM=arithmetisches Mittel; AM des Items zur Interaktion der Mentoren setzt sich zusammen aus den Werten 0=“zu wenig“, 1=“genau richtig“, 2=zu viel“, die Items 2-4 setzen sich zusammen aus den Werten 0=“trifft nicht zu“, 1=“trifft teilweise zu“, 2=“trifft zu“ und das Item Unterstützungsgefühl wurde bewertet mit 0=“trifft überhaupt nicht zu“, 1=“trifft nicht zu“, 2=“trifft weniger zu“, 3=“trifft eher zu“, 4=“trifft zu“, 5=“trifft voll und ganz zu“

<sup>17</sup> s=Standardabweichung

<sup>18</sup> d=Effektstärke (Cohen); Effektstärken: ab 0,2 kleiner Effekt \*, ab 0,5 mittlerer Effekt \*\*, ab 0,8 starker Effekt \*\*\*; hier gekennzeichnet durch \* bis \*\*\* Lenhard und Lenhard (2015).

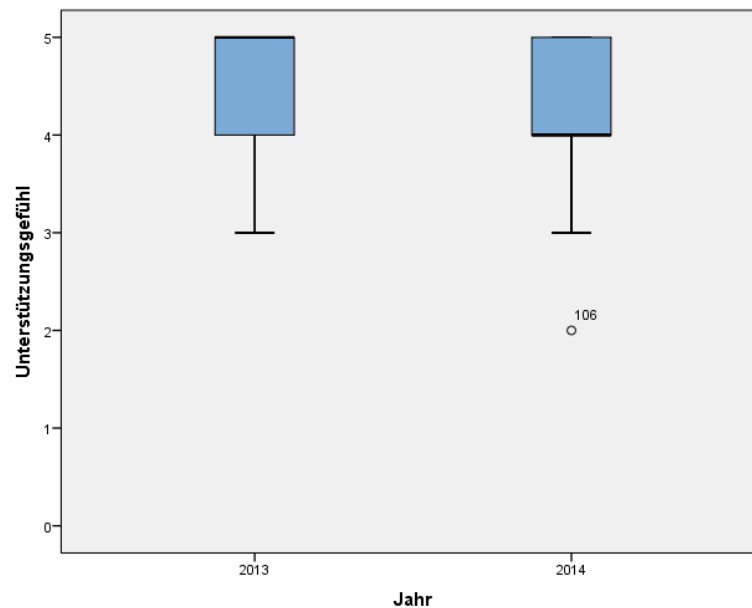


Abbildung 29: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Jahre aus Sicht der Mentees. n=130

Im Vergleich der Gruppen Frankfurt und Marburg besteht die Hypothese, dass die beiden Gruppen unterschiedlich bewerten und sich unterschiedlich zu ihrer Gruppe zugehörig und auch unterstützt durch das Mentoring fühlen. Dies bestätigt sich durch die Berechnung der Effektstärken der Items in Bezug auf die beiden Gruppen. Wie Tabelle 6 zeigt, fühlen sich die Teilnehmenden der Gruppe Marburg besser durch das Mentoring unterstützt (siehe auch Abbildung 30), empfinden den Austausch mit anderen ÄiW als hilfreicher, die Interaktion der Mentoren mit der Gruppe als genau richtig und halten die besprochenen Themen für relevanter.

Tabelle 6: Effektstärken im Vergleich der Gruppen Frankfurt und Marburg aus Sicht der Mentees

Items	Gruppe Frankfurt	Gruppe Marburg
Interaktion der Mentoren mit der Gruppe	AM: 1,13	AM: 1,02
	s: 0,381	s: 0,328
	d = -0.31*	
Gruppenzugehörigkeit	AM: 1,88	AM: 1,92
	s: 0,375	s: 0,267
	d = 0.123	
Austausch mit anderen ÄiW	AM: 1,85	AM: 1,97
	s: 0,364	s: 0,173
	d = 0.422*	

Themenrelevanz	AM: 1,72	AM: 1,94
	s: 0,487	s: 0,24
	d = 0.574**	
Unterstützungsgefühl	AM: 4,45	AM: 4,59
	s: 0,665	s: 0,495
	d = 0.239*	

Die Teilnehmenden der Gruppe Marburg stimmen der Aussage, dass sie sich durch das Mentoring unterstützt fühlen, zu 100% in den beiden obersten Skalen (der sechsstufigen Ratingskala) zu. Von den Teilnehmenden der Gruppe Frankfurt stammen die Aussagen aus den mittleren Skalen. 93,7% der Aussagen beziehen sich auf die oberen beiden Skalen, 4,8% auf die dritte Skala („stimme eher zu“) und 0,8% (n=1) der Aussagen stimmen weniger zu. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Aussagen im mittleren Skalenbereich alle von derselben Person stammen und somit nur einer Einzelmeinung und nicht der gesamten Gruppe entsprechen (siehe Abbildung 30).

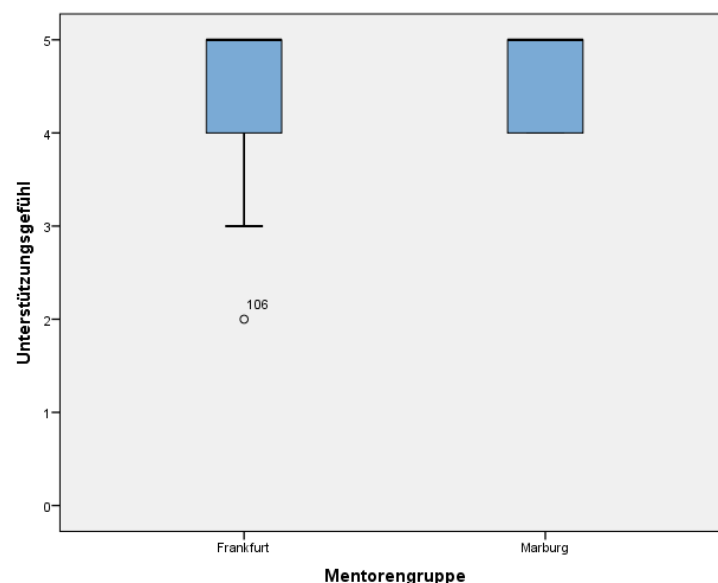


Abbildung 30: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Gruppen Marburg und Frankfurt aus Sicht der Mentees. n=130

In näherer Betrachtung des Items Unterstützungsgefühl der ÄiW durch das Mentoring kann man feststellen, dass die Teilnehmenden der Gruppe Marburg sich durchweg über den gesamten Zeitraum sehr hoch unterstützt fühlen (siehe Abbildung 31).

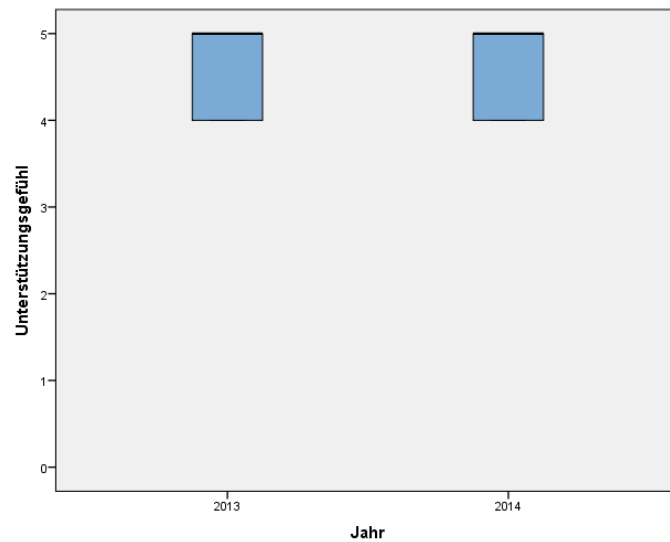


Abbildung 31: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Jahre 2013 und 2014 aus Sicht der Mentees der Gruppe Marburg. n=66

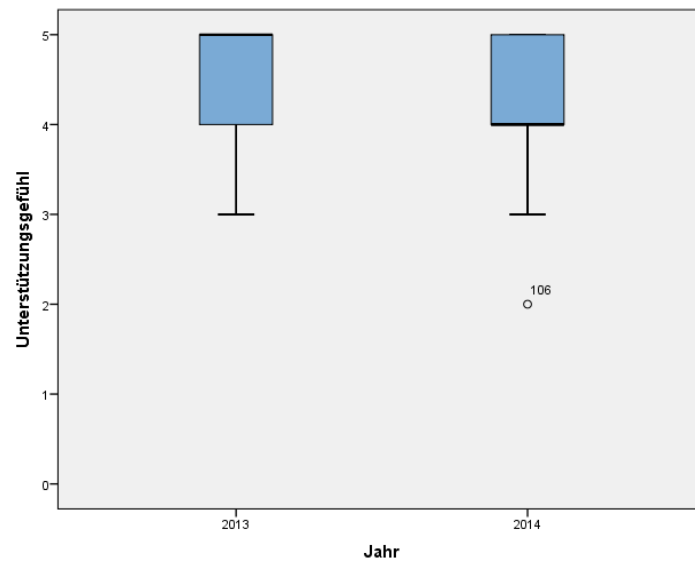


Abbildung 32: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Jahre 2013 und 2014 aus Sicht der Mentees der Gruppe Frankfurt. n=64

Die Teilnehmenden der Gruppe Frankfurt hingegen fühlen sich im ersten Jahr der Teilnahme besser unterstützt als im zweiten Jahr (siehe Abbildung 32).



## Evaluation der Mentoren

Die Mentoren sind mit den Rahmenbedingungen in der überwiegenden Zahl der Fälle zufrieden. Nur vier von 32 Aussagen beziehen sich darauf, dass die Räumlichkeiten nicht geeignet sind (siehe Abbildung 33). Diese Aussagen beziehen sich auf Treffen der Gruppe Frankfurt, die nicht in ihrem üblichen Seminarraum, sondern in der kleineren Bibliothek des Instituts stattfinden konnten. Der zeitliche Rahmen wird als angemessen empfunden (siehe Abbildung 34). Lediglich in zwei Aussagen von zwei Mentoren, die sich auf dieselbe Sitzung in Marburg im Jahr 2014 beziehen, wird deutlich, dass die Zeit von zwei Stunden zu kurz war.

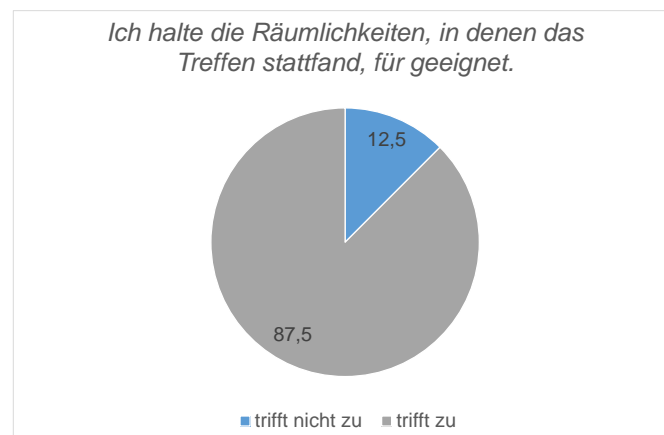


Abbildung 33: Bewertung der Räumlichkeiten aus Sicht der Mentoren. n=32; Angaben in Prozent.

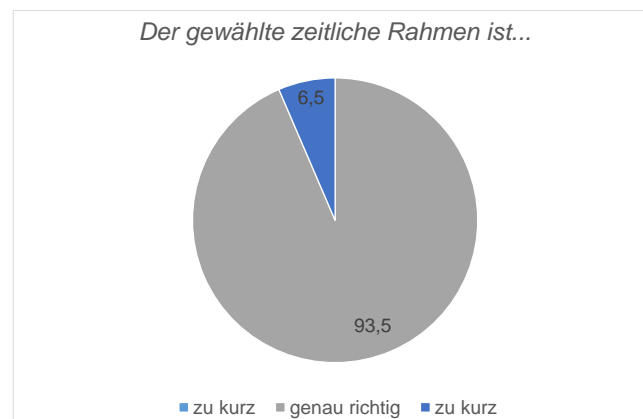


Abbildung 34: Zeitlicher Rahmen aus Sicht der Mentoren. n=31; Angaben in Prozent.

Auch ihre eigene Interaktion mit der Gruppe empfinden die Mentoren zu knapp, 94% als genau richtig (siehe Abbildung 35). Nur in zwei Aussagen von einem fachärztlichen Mentor zu zwei verschiedenen Sitzungen wird dies anders gesehen. Dies liegt vermutlich daran, dass dieser Mentor nach einem Jahr des Mentorings neu in die Gruppe kam und noch unsicher in der eigenen Interaktion war.

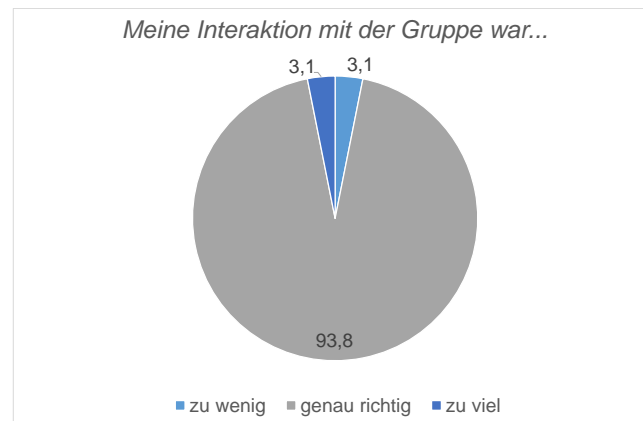


Abbildung 35: Interaktion mit der Gruppe aus Sicht der Mentoren. n=32; Angaben in Prozent.

Neben den Mentoringtreffen hatten die Mentees die Möglichkeit ihre Mentoren zwischen den Treffen bei Bedarf zu kontaktieren. Nach Aussage der Mentoren wurden sie 22 Mal kontaktiert, zu Themen wie Stellensuche, Fördermöglichkeiten, Fragen zur Weiterbildungsordnung, Schwangerschaft/Elternzeit, Praxisgründung und bezüglich der Anmeldung zum Weiterbildungskolleg.

Die Mentoren bewerten die Gruppentreffen überwiegend sehr positiv. Den Aussagen zur Gruppenatmosphäre, der Möglichkeit der Beteiligung, der Themenrelevanz und zu dem eigenen Eingehen auf die Fragen der Teilnehmenden stimmen die Mentoren zu. Lediglich in dem Item zur guten gemeinsamen Abstimmung stimmen in 10% der Fälle (n=3) die Befragten nur teilweise zu. Diese drei Aussagen stammen zweimal von der pädagogischen Leitung und einmal von dem allgemeinmedizinische Mentor und beziehen sich auf unterschiedliche Sitzungen (siehe Abbildung 36).

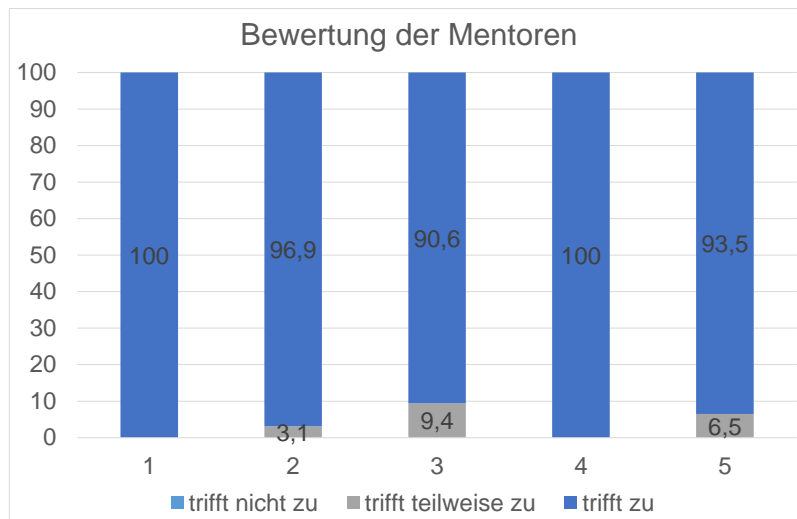


Abbildung 36: Bewertung der Mentoren. n=32. Angaben in Prozent.

1. In der Gruppe herrschte eine angenehme Atmosphäre.
2. Ich habe den Teilnehmenden die Möglichkeiten gegeben, sich in der Gruppe zu beteiligen.
3. Ich hatte das Gefühl, dass wir als Mentoren gut aufeinander abgestimmt waren.
4. Ich bin angemessen auf die Fragen und Kommentare der Teilnehmenden eingegangen.
5. Die angesprochenen Themen waren für die Teilnehmenden relevant.

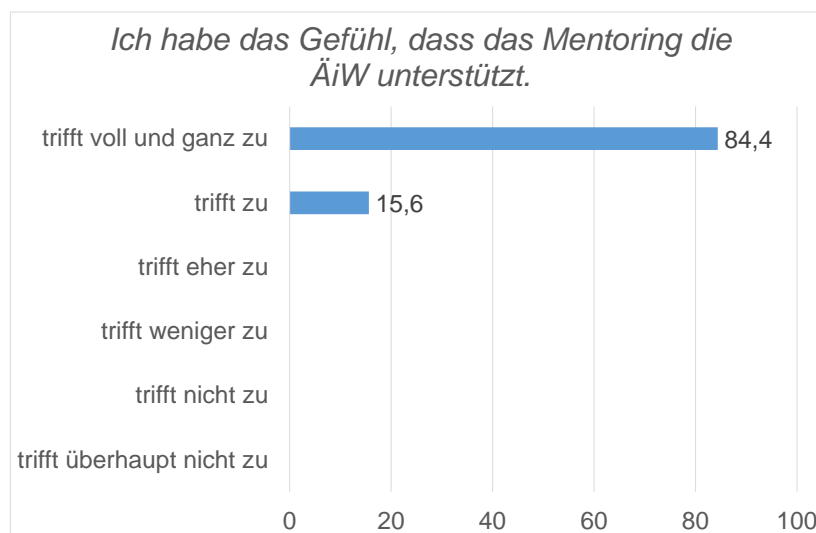


Abbildung 37: Unterstützungsgefühl aus Sicht der Mentoren. n=32; Angaben in Prozent.

Abbildung 37 zeigt, dass die Mentoren das Gefühl haben, dass das Mentoring die ÄiW unterstützt.

Neben den Items hielten die Mentoren außerdem die Themen und Besonderheiten der Treffen fest. Besonderheiten, die notiert wurden, sind u.a. Mentoren- und Menteewechsel, anwesende Kleinkinder von Teilnehmenden, Rahmenbedingungen, die die Treffen

beeinflussen, wie z.B. verspätete Teilnehmende, und auch, wenn die Gruppenatmosphäre außergewöhnlich war.

***Unterschiede in den Erhebungsjahren 2013 und 2014, zwischen den Gruppen Frankfurt und Marburg sowie der fachärztlichen und pädagogischen Leitung***

Bei den rangskalierten Items, die mehr als 5% Abweichung vom höchsten zu erreichenden Wert erfuhren, interessiert die Frage, ob Unterschiede zwischen den Jahren 2013 und 2014, den beiden Gruppen und den Mentoren (pädagogische und allgemeinmedizinisch-fachärztliche Leitung) bestehen. Dies betrifft die Items Abstimmung der Mentoren, Themenrelevanz und Unterstützungsgefühl.

In Bezug auf den Vergleich der beiden Jahre 2013 und 2014, in denen die Gruppentreffen stattfanden, besteht die Hypothese, dass die beiden Jahre unterschiedlich bewertet wurden. Tabelle 7 zeigt, dass es einen großen Effekt bezüglich der Themenrelevanz (die Themen des zweiten Jahres werden wesentlich besser bewertet) besteht. Die anderen Items weisen im Gruppenvergleich keine Effekte auf.

Tabelle 7: Effektstärken im Vergleich der Jahre 2013 und 2014 aus Sicht der Mentoren

Items	Jahr 2013	Jahr 2014
Abstimmung der Mentoren	AM <sup>19</sup> : 1	AM: 1
	s: 0	s: 0,365
	d = 0	
Themenrelevanz	AM: 1	AM: 1,87
	s: 0	s: 0,352
	d = 3,557***	
Unterstützungsgefühl	AM: 4	AM: 4,81
	s: 0,342	s: 0,403
	d = -0,187	

<sup>19</sup> AM=arithmetisches Mittel; AM der Items 1-3 setzen sich zusammen aus den Werten 0="trifft nicht zu", 1="trifft teilweise zu", 2="trifft zu" und das Item Unterstützungsgefühl wurde bewertet mit 0="trifft überhaupt nicht zu", 1="trifft nicht zu", 2="trifft weniger zu", 3="trifft eher zu", 4="trifft zu", 5="trifft voll und ganz zu"

Für den Vergleich der Gruppen Frankfurt und Marburg lautet die Hypothese, dass beide Gruppen unterschiedlich bewertet werden.

Die folgende Tabelle 8 zeigt jedoch, dass lediglich das Item zur Abstimmung der Mentoren schwache Unterschiede aufweist. Hier bewerten die Mentoren der Gruppe Marburg ihre Abstimmung untereinander etwas schlechter als die Mentoren der Gruppe Frankfurt. Ein großer Unterschied in der Bewertung beider Gruppen lässt sich nicht feststellen.

Tabelle 8: Effektstärken im Vergleich der Gruppen aus Sicht der Mentoren

Items	Gruppe Marburg	Gruppe Frankfurt
Abstimmung der Mentoren	AM: 1,88	AM: 1,94
	s: 0,342	s: 0,25
	d = 0,2*	
Themenrelevanz	AM: 1,93	AM: 1,94
	s: 0,258	s: 0,25
	d = 0,039	
Unterstützungsgefühl	AM: 4,81	AM: 4,88
	s: 0,403	s: 0,342
	d = 0,187	

Hingegen zeigen sich Unterschiede in der Bewertung der pädagogischen und der allgemeinmedizinischen Leitung (siehe Tabelle 9). In zwei Variablen bewertet die pädagogische Leitung schlechter als die fachärztliche Leitung. Ein großer Effekt zeigt sich in der Bewertung des Unterstützungsgefühls der ÄiW. Hier geht die fachärztliche Leitung stärker davon aus, dass das Mentoring die ÄiW unterstützt als die pädagogische Leitung. Dieser Effekt wird in einem Boxplot grafisch dargestellt (siehe Abbildung 38).

Tabelle 9: Effektstärken im Vergleich der Leitung aus Sicht der Mentoren

Items	Pädagogische Leitung	Fachärztliche Leitung
Abstimmung der Mentoren	AM: 1,88	AM: 1,94
	s: 0,342	s: 0,250
	d = 0,2*	
Themenrelevanz	AM: 1,88	AM: 2
	s: 0,342	s: 0
	d = 0,488*	

Unterstützungsgefühl	AM: 4,69	AM: 5
	s: 0,479	s: 0
	d = 0.915***	

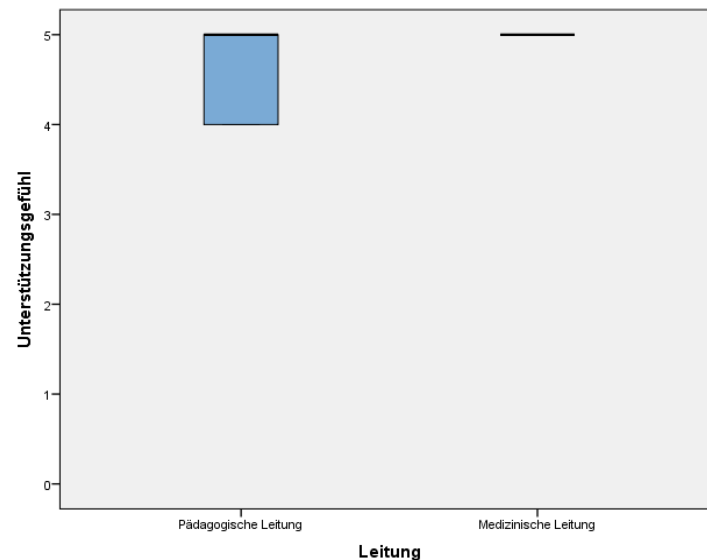


Abbildung 38: Boxplot – Unterstützungsgefühl im Vergleich der Leitung aus Sicht der Mentoren. n=32

### Vergleich der Evaluationsergebnisse der Mentees und Mentoren mit Bezug zur TZI

Die Evaluationsbögen sind grundlegend positiv ausgefüllt worden. Sowohl die Mentees als auch die Mentoren bewerten die Rahmenbedingungen (globe) als gut. In den weiteren Items wurden neben den Rahmenbedingungen die anderen Aspekte des Vier-Faktoren-Modells der TZI (WIR, ES, ICH) befragt.

In Bezug auf die Gruppendynamik (WIR) wurde nach dem Gefühl der Gruppenatmosphäre, der Gruppenzugehörigkeit, der Beteiligung in der Gruppe, dem Austausch mit anderen ÄiW und nach der Interaktion der Mentoren mit der Gruppe gefragt. Aus Sicht der Mentees sind diese Items sehr positiv bewertet, einige Abweichungen zeigen sich in der Bewertung der Items Gruppenzugehörigkeit und dem hilfreichen Austausch mit anderen ÄiW. Der Vergleich beider Mentoringgruppen zeigt, dass vor allem der Austausch mit anderen ÄiW für die Teilnehmenden der Gruppe Frankfurt weniger hilfreich war (knapp 10% der Fälle), in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit konnte kein Effekt im Vergleich beider Gruppen gemessen werden. Die Mentoren bewerten die Items zur Gruppenatmosphäre und zur Möglichkeit der Beteiligung als gut.

Das Item zur Themenrelevanz (Faktor ES) wurde sowohl aus Sicht der Mentees als auch Mentoren als etwas kritischer betrachtet. Die Mentees halten die in der Sitzung angesprochenen Themen nur zu knapp 84% für relevant, die Mentoren zu knapp 94%. Interessant ist, dass die Mentoren (insbesondere die pädagogische Leitung) die Themen des zweiten Jahres im Mentoringprogramm als relevanter einschätzen als im ersten Jahr, während die Mentees dabei keine Unterscheidung machen. Die relative Übereinstimmung der beiden Bögen unterstützt die Annahme, dass es, aufgrund der Heterogenität der Mentees und dem damit verbunden Wissensstand und Bedarf an Information, herausfordernd ist, Themen zu wählen, die für alle gleich relevant sind. Es ist davon auszugehen, dass einzelne Personen weniger als andere in der jeweiligen Sitzung vom Thema profitieren. Da generell jedoch ein hohes Unterstützungsgefühl vorliegt, ist daraus zu schließen, dass die Mentees es durchaus respektieren, wenn einzelne Themen nicht zu ihrer Situation, aber zur Situation ihrer Kollegen passen und die Wahl des Themas alleine nicht ausschlaggebend für den Erfolg von Mentoring ist.

Der Faktor ICH wurde durch die Items Weiterempfehlung und das persönliche Gefühl an Unterstützung angesprochen. Durchweg würden die Mentees zu knapp 97% das Mentoring weiterempfehlen. Das für die Fragestellung besonders relevante Item des Unterstützungsgefühls wird grundsätzlich als sehr hoch bewertet (in 97% wird der Aussage zur Unterstützung durch das Mentoring „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft zu“ zugestimmt), zeigt jedoch Unterschiede der Gruppen Frankfurt und Marburg. Die Teilnehmer der Gruppe Frankfurt fühlen sich vor allem im zweiten Jahr etwas weniger unterstützt, die Teilnehmenden der Gruppe Marburg fühlen sich durchweg alle sehr durch das Mentoring unterstützt. Dadurch, dass die Aussagen im mittleren Bereich nur von einer Einzelperson stammen, lassen die Mittelwerte nicht auf das Erleben beider Gruppen schließen. Hier sind die wesentlich differenzierteren Aussagen aus den Interviews interessant. Dieses Item wird aus Sicht der Mentoren sogar noch besser bewertet: 100% der Aussagen entfallen auf die beiden oberen Skalenwerte. Hier zeigt sich aber ein starker Effekt in der unterschiedlichen Bewertung durch die pädagogische und die fachärztliche Leitung. Die fachärztliche Leitung stimmt der Aussage in allen Fällen „voll und ganz“ zu, während die pädagogische Leitung in einigen Fällen der Aussage nur zustimmt.

## 6.2 Leitfadengestützte Interviews, Erhebungszeitpunkt II

Die Teilnehmer der ersten beiden Mentoringgruppen wurden nach einem Jahr der Teilnahme (vier Treffen) ein zweites Mal befragt. Der Fokus dieser Interviews liegt vor allem auf der individuellen Einschätzung bezüglich des Erfolges des Mentorings, dem Herausfiltern von Faktoren, die unterstützend und hemmend in Bezug auf die Entwicklung des Mentees wirken und auf möglichen Verbesserungsvorschlägen in der Konzeption und Gestaltung der Gruppe. Dabei wird auch nach der Funktion und Rolle der Mentoren gefragt.

### 6.2.1 Methode

Für den zweiten Interviewzeitraum konnten 21 Mentees gewonnen werden. Aus der anfänglichen Kohorte mit 23 Teilnehmern schieden zwei bereits zu Programmstart aus und meldeten sich trotz mehrfacher Anfrage per Mail nicht für ein zweites Interview.

Die Interviews wurden in öffentlichen, universitären und privaten Räumlichkeiten oder in Ausnahmefällen (aufgrund kurzfristiger Terminabsage bzw. auf Wunsch der Teilnehmer) per Telefon geführt und mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Das jeweils vierte Treffen beider Mentoringgruppen fand im Dezember 2013 statt. Die Teilnehmenden wurden im Zeitraum von Anfang Januar bis Ende März 2014 befragt; eine Teilnehmerin meldete sich aufgrund von Elternzeit erst Ende des Jahres 2014 und wurde dann befragt.

Zur Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt. Dieser orientiert sich zwecks Vergleichbarkeit an dem Leitfaden des ersten Interviews sowie den Erfahrungen mit dem Mentoringprogramm. Außerdem flossen die vier zentralen Faktoren aus dem Modell der TZI mit in die Überlegungen und Formulierungen der Fragen ein. Der Leitfaden (siehe Anhang g) enthält zum Einstieg Fragen zum aktuellen Stand der Weiterbildung, zur Identifikation als Allgemeinmediziner und den Erfahrungen mit dem Mentoringprogramm. Dabei werden explizit die Rahmenbedingungen (Dauer, Zeitpunkt, Häufigkeit, Ort, Form) sowie die Gruppenatmosphäre, Themen und die Mentoren angesprochen.

Der Leitfaden wurde in einem Probeinterview mit einer Ärztin, die sich im vierten Weiterbildungsjahr befindet, pilotiert.

Die Interviewerin nahm sich für jedes Interview eine Stunde Zeit. Zu Beginn des Treffens wurde der Interviewpartner mündlich und schriftlich mittels eines Informationsschreibens



(siehe Anhang c) über das Ziel und den Umgang mit dem Datenmaterial aufgeklärt und erklärte sich schriftlich zur Teilnahme am Interview und der Verwendung des Materials für wissenschaftliche Zwecke bereit. Nach jedem Interview füllte die Interviewerin ein Interviewprotokoll (siehe Anhang f) aus, in welchem sie die Umstände des Interviews, ihre Beobachtungen zu den Rahmenbedingungen, der Interviewatmosphäre und Anmerkungen zur Kontaktaufnahme und Beziehung zwischen dem Interviewpartner sowie Besonderheiten während des Interviews festhielt (Flick 2011, S. 210). Diese Daten sind in den Variablen der Interviewdokumente festgehalten.

Die Interviews des zweiten Zeitpunktes wurden ebenso wie die Interviews des ersten Zeitpunktes mit Hilfe der Transkriptionssoftware f4 und des Einfachen Transkriptionssystems (Dresing und Pehl 2013) transkribiert und anonymisiert. Die dadurch schriftlich vorliegenden Daten wurden mit Hilfe des Programms MAXQDA 11 und dem Verfahren der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2012) ausgewertet (vgl. Kapitel 4.4.1).

### 6.2.2 Ergebnisse

Von den 21 ÄiW der Gesamtstichprobe sind 15 der befragten Mentees weiblich (71,4%) und sechs Mentees männlich (28,6%). Die folgende Tabelle zeigt Merkmale der Stichprobe.

Tabelle 10: Beschreibung der Stichprobe, Erhebungszeitpunkt II

Anzahl der Interviewpartner	N=21; (100%)
- Anteil Frauen	n=15; (71,4%)
- Anteil Männer	n=6; (28,6%)
- Stationäre Weiterbildungszeit	n=4; (19%)
- Ambulante Weiterbildungszeit	n=13; (62%)
- Abgeschlossene Facharztprüfung	n=4; (19%)
- In Elternzeit/Mutterschutz	n=3; (14,3%) <sup>20</sup>
Gruppe Frankfurt	11 TN (8 Frauen, 3

<sup>20</sup> davon alle in der ambulanten Weiterbildungszeit

	Männer)
Gruppe Marburg	10 TN (7 Frauen, 3 Männer)
Durchschnittsdauer der Interviews	21:01 min (MIN 14:25 min, MAX 35:22 min)
Anzahl Persönliche Interviews	18
- Durchschnittsdauer der persönlichen Interviews	21:19 min
Anzahl Telefoninterviews	3
- Durchschnittsdauer der Telefoninterviews	19:89 min

Im Folgenden werden die Auswertungsergebnisse vorgestellt. Anhand des Interviewleitfadens wurden deduktiv Hauptkategorien und bereits einzelne Subkategorien gebildet, denen die Interviewstellen zugeordnet wurden. Die weiteren Subkategorien wurden induktiv gebildet anhand der fünf Interviews, die bereits zum ersten Interviewzeitpunkt als Testinterviews zur Kategorienbildung dienten. Zwecks größerer Genauigkeit der Kategorien und Codierungen wurden die Testinterviews von zwei Codiererinnen codiert und gemeinsam diskutiert. In einem anschließenden Prozess wurde das gesamte Material mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem codiert. Danach wurden zuerst die Hauptkategorien ausgewertet und die Zusammenhänge zwischen den Kategorien untersucht, bevor in Form von Kreuztabellen verschiedene Gruppen analysiert und grafisch dargestellt wurden. Von vertiefenden Einzelfallinterpretationen wurde abgesehen, da diese in Hinblick auf die Fragestellung nicht zielführend sind.

In einem weiteren Schritt wurden die Interviews des ersten Interviewzeitraums (Bedarfsanalyse) mit den Interviews des zweiten Zeitraumes verglichen (vgl. Kapitel 6.3), um Veränderungen über das Jahr hinweg zu untersuchen. Mit Kapitel 6.4 schließt sich daran außerdem eine Typenbildung an. Die Diskussion und Bewertung der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 6.5.

### 6.2.1 Kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien

Anhand einfacher Text-Retrievals wurden die Interviews entlang der Hauptkategorien ausgewertet und Zusammenhänge zwischen den Subkategorien einer Hauptkategorie analysiert. Das Kategoriensystem II enthält acht Hauptkategorien und insgesamt 57

Subkategorien (siehe Anlage 0). Im Folgenden werden die einzelnen Hauptkategorien vorgestellt.

### Persönliche Weiterbildung

Die Interviewpartner wurden zum Einstieg gefragt, was bei ihnen während des letzten Jahres passiert ist. Dabei fällt auf, dass mittlerweile nur noch vier ÄiW in der Klinik arbeiten (im Jahr waren es noch neun von 23 ÄiW) und ein Großteil der Ärzte in eine Praxis gewechselt ist (n=13). Von den Ärzten im ambulanten Abschnitt sind drei Ärztinnen zurzeit in Mutterschutz oder Elternzeit<sup>21</sup>. Ein Arzt, der mit 50% in der Klinik arbeitet, hat eine zweite 50%-Stelle in der allgemeinmedizinischen Forschung. Vier weitere Ärzte haben in dem Jahr ihre Weiterbildung abgeschlossen und ihre Facharztprüfung erfolgreich hinter sich gebracht. Drei Aussagen beziehen sich darauf, dass *seit dem März [...] eigentlich nicht viel passiert [ist]. Also im März habe ich schon bei meinem jetzigen Arbeitgeber gearbeitet und ähm von der Stelle her hat sich eigentlich nicht viel geändert* (Ffm II\S12\_2014: 4) Die anderen berichten von zahlreichen Veränderungen, vor allem in Bezug auf Stellenwechsel, seien es Rotationen in der Klinik oder der Wechsel in die allgemeinmedizinische Praxis, oder eben bestandene Facharztprüfungen und Unterbrechungen aufgrund von Mutterschutz und Elternzeiten:

B: *Vieles ist passiert. Ich bin nicht mehr in der Klinik. Ich bin inzwischen in 'ner Praxis, in 'ner Allgemeinmedizin-Praxis und hab' ja so fast quasi den letzten Abschnitt zum Facharzt Allgemeinmedizin zur der Weiterbildung angetreten.* (MR II\N06\_2014: 3-5)

B: *Ja. Joa da ist einiges passiert. Also dass ich inzwischen drei Stationen wieder gesehen hab'. Was meine berufliche Rotation in der Klinik angeht. Und ähm genau, damals war ich ja noch in der HNO, wenn ich mich g'rade recht erinnere (lächelt). Ha ganz lustig und ähm dann jetzt zwischendurch Onko und jetzt ganz neu Kardio. Und ja hat sich auch in den letzten Tagen bisschen was entwickelt, was jetzt so Richtung Allgemeinmedizin wieder geht.* (MR II\N07\_2014: 13-23)

B: *(lacht) Ja, es ist ganz viel passiert. Weil ich äh schwanger geworden bin und äh jetzt mein erstes Kind erwarte und das äh ja dann schon auch nochmal die Berufsplanung einfach durcheinander wirbelt [...].* (MR II\N01\_2014: 2)

B: *Ja, jede Menge. (lacht leise; I. lacht auch) Ich bin Fachärztin für Allgemeinmedizin und ähm habe ich auch entschieden halt in der Allgemeinmedizin zu bleiben und auch in der Praxis, in der ich ähm jetzt das*

---

<sup>21</sup> Knapp 15% der Befragten befinden sich in Elternzeit/Mutterschutz. Hessenweit gesehen sind zum Zeitpunkt Juni 2015 5% aller Ärzte in Elternzeit Landesärztekammer Hessen (2015a). Der erhöhte Anteil in der Gruppe der Befragten erklärt sich durch den hohen Anteil an Frauen, das Alter und die Lebenssituation der Ärzte (Anstellung als Arzt in Weiterbildung).

*letzte Jahr der Weiterbildung verbracht habe werde ich halt bleiben. Im Moment bin ich dort als Sicherstellungsassistentin angestellt und der Plan ist aber, dass ich zum 1. Juli den Sitz des Seniorchefs übernehme. Ja, da ist ne Menge passiert (lacht) (MR II\N02\_2014: 11)*

### **Weiterbündungsverbund**

Sieben Aussagen beziehen sich auf Weiterbündungsverbünde. Vier Befragte betonen, dass sie einen Vorteil im WBV sehen (B: *mit 'ner strukturierten Weiterbündungs-Rotation hätte ich mehr lernen können (MR II\N04\_2014: 5)*), zwei weitere Ärzte berichten von ihren Rotationen in der Klinik und eine Ärztin wünscht sich im Mentoring Informationen über Verbünde.

### **Probleme**

Drei Ärzte berichten von Problemen während ihrer Weiterbündungszeit. Einer von ihnen beschreibt seine Schwierigkeiten mit der Förderung:

*B: das war so gewesen, dass ähm diese Förderung, die war nicht richtig beantragt worden für mich und hat die ersten drei Monate- gab's die jetzt nicht und es gab gar keine Angestelltenurlaubnis für mich und dann habe ich drei Monate da gearbeitet und nach drei Monaten ist das dann erst aufgefallen, dass da was nicht stimmt und dann gab's natürlich ja nicht Zoff, aber sagen wir mal 'ne dicke Luft. [...]*

*I: Und es wird dir auch nicht als Weiterbildung anerkannt oder?*

*B: Nein, so viel wie ich weiß nicht. Die drei Monate sind wohl flöten. (MR II\N06\_2014: 59-65)*

Eine Ärztin berichtet von Auseinandersetzungen mit ihrem Arbeitgeber aufgrund ihrer Schwangerschaft:

*B: dann irgendwie klar- also mir ging's nicht gut; ich konnte während der Schwangerschaft nicht weiterarbeiten. Dann musste ich mich erst mit meinem Arbeitgeber ein bisschen auseinandersetzen, wie wir das jetzt umstellen und wie wir das machen (holt Luft) Und äh deswegen ist jetzt natürlich auch 'ne Zeit von meiner Weiterbildung einfach äh ja das steht jetzt irgendwie erst mal hinten an. [...]* (MR II\N01\_2014: 2)

Eine weitere Ärztin berichtet von der Schwierigkeit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf:

*B: (...) Ja, was noch nicht ganz so optimal läuft, wo ich noch nicht so genau weiß wie das dann mit drei Kindern weiterläuft, dass ich einfach sehr viel Überstunden mache im Moment. (Ffm II\S09\_2014: 17)*

Die Befragten haben in nur einem Jahr große Veränderungen erlebt und sehr unterschiedliche Stationen und Verläufe erfahren. Ob die Ärzte zufrieden mit ihrer Weiterbildung sind, zeigt die folgende Kategorie.

### **Zufriedenheit in der Weiterbildung**

Die Ärzte wurden nach ihrer Zufriedenheit mit der Weiterbildung und auch explizit nach Gründen für ihre (Un-)Zufriedenheit befragt. Die Befragten zeigen sich nicht generell

zufrieden oder unzufrieden, sondern sind mit verschiedenen Aspekten der Weiterbildung mehr oder weniger zufrieden. Daher wurden die zwei Subkategorien Zufriedenheit und Unzufriedenheit gebildet. Wie in der Grafik deutlich wird, äußern sich die meisten von ihnen sowohl zufrieden als auch unzufrieden.

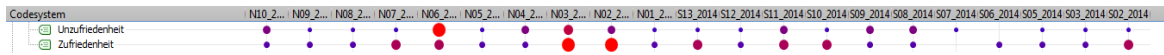


Abbildung 39: Code-Matrix-Browser zur Zufriedenheit in der Weiterbildung II

### Unzufriedenheit

In diese Subkategorie fallen 31 Codierungen. Vor allem fehlt den ÄiW die Struktur in der Weiterbildung, sowohl in der Klinik als auch in der Praxis, wie die folgenden Beispiele zeigen:

B: Also ähm es gibt durchaus Weiterbilder, die sich dann was weiß ich ein Tag in der Woche nehmen und sagen 'So jetzt dies oder wir besprechen mal den Patienten durch oder untersuchen nochmal nach' oder so und das nicht. Also wenn ich nicht gefragt hab' oder um Hilfe gebeten hab', dann haben sie mich auch ganz alleine muddeln lassen und viel Rückmeldung kam auch nicht. Dazu fehlte dann auch einfach Struktur, Zeit wie auch immer. Ne, dass man mal gehört hat 'Ich hab' den nochmal gesehen und das war jetzt gut oder nicht gut' oder so. Also alles nicht böser Willens einfach. Viel zu tun. (MR II\N03\_2014: 13)

B: Sagen wir mal vom Ausbildungstechnischen könnte man mehr Unterstützung erwarten, mehr Struktur vielleicht auch, gerade in der Klinik und so weiter (MR II\N06\_2014: 9)

B: Ja also am Anfang ähm war es noch sehr unstrukturiert. Da musste man sich alles sehr schwer ersuchen und ähm selbstständig organisieren alles. Also ich weiß noch meine Stelle in der Praxis hab' ich mir ja auch selbstständig gesucht [...] oder diese ganzen Verbände, dass man jetzt auch dann in der Klinik ist und da schon praktisch in dem Verbund drin ist, dass man später auch in 'ne Praxis wechseln kann. Das gab's alles zu meiner Zeit nicht oder ich hab's halt nicht mitgekriegt, weil es so- noch nicht so publik gemacht wurde. [...] und ähm dementsprechend war's auch so, dass man auch am Anfang in der Klinik eigentlich äh meistens nicht gesagt hat, dass man in die Allgemeinmedizin möchte, weil man wusste dann wird man nicht so gefördert. (Fjm II\S08\_2014: 10)

Die ÄiW sind darüber hinaus unzufrieden, wenn das Verhältnis zu den Weiterbildern, anderen ÄiW, medizinischen Fachkräften oder Pflegekräften nicht gut ist:

B: Also äh es sind ja zwei verschiedene Ärzte da und mit dem einen Arzt bin ich jetzt nicht so gut zurechtgekommen. Ähm da habe ich mich schon sehr teilweise ausgenutzt gefühlt. So, dass er mich dann noch hat Hausbesuche machen lassen, wo er keine Lust mehr drauf hatte, weil er in Urlaub musste (Fjm II\S08\_2014: 6)

Außerdem besteht Unzufriedenheit bezüglich der häufigen Stellenwechsel, Probleme die Untersuchungszahlen zu erlangen, zu wenig Fortbildungsmöglichkeiten oder Möglichkeiten über verschiedene Krankheitsbilder zu lernen, der hohen Arbeitsbelastung in der Klinik und Gehaltseinbußen in der ambulanten Phase.

Die Befragten betonen auch, dass sie sich wünschen bereits in der Klinik als Allgemeinmediziner betrachtet zu werden und dass die Weiterbildungsinhalte darauf ausgelegt werden:

*B: Ähm ja was mich stört ist, dass ähm ich mir manchmal wünschen würde, das auch gra- also das mehr auch beachtet oder ähm ja überhaupt mal ja zur Kenntnis genommen wird, dass ich eben ähm eigentlich Allgemeinmedizinerin werden möchte, was ich eigentlich auch schon sehr häufig gesagt habe, aber wo ich das Gefühl habe, dass das ähm irgendwie mehr oder weniger ignoriert wird, sondern [...] vielleicht irgendwie unterstützt wird. (MR II\N05\_2014: 19)*

Drei Ärzte haben aufgrund von ungenügenden Weiterbildungsbedingungen während der ambulanten Phase die Praxis gewechselt.

*B: weil ich da mich irgendwie unterfordert fühlte und nicht so ganz zufrieden war, wie er Medizin machte und das irgendwie gerne anders machen wollte und mich da irgendwie nicht so weiter entwickeln konnte und auch sehr wenig Patienten hatte und immer so eher so langweilige Sachen. Ähm hatte da auch schon vor mal zu wechseln, genau und jetzt hab' ich ja endlich gewechselt zum 01.10. und in der Praxis fühle ich mich jetzt viel wohler. (Ffm II\S09\_2014: 12)*

### **Zufriedenheit**

In diese Subkategorie wurden 30 Textstellen codiert. Zufrieden sind die Befragten, wenn sie in ihrer Weiterbildung viel hinzulernen. Dazu gehört, dass sie selbstständig arbeiten, ihren Weiterbilder jedoch bei Fragen jederzeit hinzuziehen können und dieser sich aktiv um ihren Lernprozess bemüht, in dem er nachfragt und den AiW bei interessanten Fällen hinzuzieht.

*B: Und dann hab' ich natürlich in der Praxis den großen Vorteil, dass ich- dass meine Weiterbilder beide immer für mich ansprechbar waren. Das find ich super. (Ffm II\S05\_2014: 9)*

*B: Ja (lacht) Äh also in der Praxis- also ich war froh, dass ich dann ähm gewechselt hab' in die- in die Praxis. Einfach das was Neues einfach kommt. Und am Anfang war's echt ziemlich viel Input, weil das Spektrum doch ähm ganz anders ist und ähm die Arbeit ganz anders ist. Aber es war total gut und ich hab' es auch kein Tag bereut. Also es ist schon- es ist schon super. Also die Ausbildung ist auch gut. Also es ist ziemlich selbstständig, aber der äh Chef ist jeder Zeit da für Fragen und wenn man ihn dazu bittet dann kommt er, ja. Wenn er was Interessantes hat ruft er und sagt 'Komm mal, zeig ich dir mal'. Also das ist- läuft echt gut. [...] also so dieses ähm- dieses persönliche einfach, da dieses Verhältnis- also das Arbeitsklima ist einfach super. Es ist alles sehr kollegial und ähm alles äh ja in Ruhe, es ist immer Zeit für Fragen und ähm es ist zwar auch viel zu tun, aber man kann sich trotzdem die Zeit einfach nehmen für den Patienten, die man braucht. Auch wenn man länger braucht ist kein Problem, auch wenn ich fünf Mal hinrenne und frage, es ist alles immer gut und er ist voll geduldig und erklärt alles und lässt dann auch viel machen und das finde ich einfach gut. Das habe ich auch schon anders erlebt. (lacht) (MR II\N09\_2014: 9-13)*

*B: Das war wirklich unheimlich nett und motivierend und auch ähm so, dass man mal angeregt wurde nochmal was äh nachzulesen und sich da weiterzubilden und absolut einfach äh praxisorientiert und*

*alltagsorientiert. Was mir natürlich dann zum Beispiel auch für die Facharztprüfung echt geholfen hat. Das war super. (MR II\N02\_2014: 20)*

Wie die Beispiele zeigen, sind die ÄiW zufriedener, wenn das Arbeitsklima stimmt und ein gutes Verhältnis zu den Weiterbildern und Austausch mit dem restlichen Team besteht.

Wichtig ist ihnen auch, sich selbst weiter fortzubilden. So wird die Arbeitsstelle geschätzt, wenn dem ÄiW die Möglichkeit gegeben wird an Fortbildungen teilzunehmen:

*B: Also mir gefällt, dass ich ähm jetzt im Moment eben auf dem psychiatrischen Fachgebiet mich da ganz gut weiterbilden kann, was ich auch für elementar wichtig für die hausärztliche Tätigkeit halte. Ähm das gefällt mir. Dass es viele Fortbildungsveranstaltungen gibt, gefällt mir, auch dass man auch so die Möglichkeit hat so ein bisschen so ein individuelles Profil, sage ich jetzt mal, in der Klinik auszubilden. Also dass schon auch so ein bisschen berücksichtigt wird, was einen persönlich interessiert, dass man sich da auch ein bisschen weiterentwickeln kann. Ähm ja das gefällt mir gut. (MR II\N05\_2014: 15-17)*

*B: [...] und andererseits, hatte ich ja die Teilnahme am Seminar- und Mentoringprogramm und das finde ich ja doch eine gute Ergänzung. (Ffm II\S05\_2014: 9)*

Neben der Unterstützung durch den Weiterbilder und die Teilnahme an Fortbildungen gefallen den ÄiW das breite Spektrum in der Allgemeinmedizin, die Beziehung zum und genügend Zeit für Patienten in der Praxis und die Abwechslung in der Weiterbildung:

*B: Und ja da ist einfach viel mehr zu tun und es gibt verschieden Krankheitsbilder und da wird mir viel mehr zugetraut und ähm da sind eben zwei Weiterbilder, die jeweils ganz verschieden arbeiten und wo man sich mal da was abgucken kann und die man auch zu verschiedenen Fragen was fragen kann. Das kommt immer gut an das so zu machen. Einfach interessante Ansätze auch und mit den man richtig reden kann, diskutieren kann und sich selbst gegenseitig verbessern kann und ja wie wir uns- sich gegenseitig Informationen zu schieben kann und also die sind einfach auch selbst noch sehr jung und wollen noch weiter an sich arbeiten und wollen die Praxis erst mal in Schwung bringen und ähm viel, viel mehr Aufgaben und ja. Wirklich schön. (Ffm II\S09\_2014: 13)*

*B: Mit meiner Weiterbildung war ich sehr zufrieden, also ähm es sind einfach super Rahmenbedingungen gewesen in meiner Praxis. Einerseits eben, dass genügend Sprechzeit mit den Patienten war, zwischen 'ner viertel und 'ner halben Stunde, das macht- entscheidend, ob man jetzt nur wenige Minuten hat, fünf-sechs Minuten oder eben fünfzehn Minuten, da kann man ein normales Gespräch führen. Und bei uns gab's eben noch den Luxus, dass wenn man mehr Zeit gebraucht hat, dass man dafür eben einen entsprechenden Termin ausmachen konnte (Ffm II\S05\_2014: 9)*

Ein weiterer Aspekt zur Zufriedenheit ist, wenn die Arbeit mit der Familienorganisation vereinbar ist:

*B: Eigentlich sehr zufrieden. Ich muss sagen, so ähm von der Zeit her wie ich arbeite bin ich zufrieden, es klappt ganz gut mit der Familie, dass ich auch genügend Freizeit für meine Familie eben habe und mich auch vor allen Dingen, was mir ganz wichtig war, mich nach der Arbeit nicht so abbetzen muss äh gleich in die Kita Kinder abholen und ähm ähm ja einfach so ein bisschen Freiraum für mich noch habe. Dass ich*

*in Ruhe Mittagessen kann und dann eben zum nächsten Punkt übergehen kann und die Kinder hole und dann einfach Kraft dafür auch habe. Also es ist ganz gut ausgeglichen. Ja. (MR II\N08\_2014: 4)*

### **Zugehörigkeit zur Allgemeinmedizin**

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie sehr sie sich als Allgemeinmediziner fühlen. Die Antworten wurden drei Subkategorien (schwach, mittel, stark) zugeordnet. Sechs ÄiW zeigen eine starke Identität als Allgemeinmediziner, zehn eine mittelstarke Identität und fünf eine eher schwache Identität als Allgemeinmediziner.

Die ÄiW fühlen sich als Allgemeinmediziner, wenn sie sich selbst als kompetent in einem breiten Spektrum an Erkrankungen im Umgang mit den Patienten erleben. Dies wird vor allem durch Erfahrungen in der Praxis gefördert.

*B: Ja jetzt in der Praxis auf jeden Fall (I: Ja?) Ja. Da ist es also- es ist ganz was anderes. Da ist dann auch wenn man dann zum Hausbesuch kommt und dann ist man dann die Frau Doktor, die da kommt und dann- da ist es auf jeden Fall. (Fjm II\S08\_2014: 12)*

Für manche Ärzte sind ihr Interesse und ihr allgemeinmedizinischer Werdegang schon lange so klar, dass keine Zweifel an ihrer Identität bestehen:

*B: Ja, hab' ich 'ne starke Identität. (I: Ja?) Ähm auch- ich hab jetzt auch für das Funkekolleg gestern Abend auch noch was gel- ge- angehört ähm da geht's auch um die Rolle des Hausarztes [...] da hab ich mich richtig drauf gefreut dann sozusagen irgendwann so zu arbeiten, weil ich es halt grad so schön finde mit den Menschen in Kontakt zu kommen und ähm ja einfach Problemlösung anzubieten und nicht nur strikt nach irgend einem Schema irgendwo durch zu schleusen. Also freue ich mich da drauf. [...]. Ähm bin erst mal ganz überrascht, dass ich einfach so überzeugt bin und andererseits (..) ähm diese Entscheidung, die stelle ich auch nicht mehr irgendwie in Frage also. Schon lange- eigentlich noch nie so- ich weiß nicht, es fühlt sich einfach richtig an [...] (Fjm II\S10\_2014: 12-14)*

Viele (n=10) arbeiten zwar als Allgemeinmediziner, merken aber, dass ihnen noch medizinisches Wissen und vor allem das Wissen zur Praxisführung fehlt. Hier zeigt sich, dass diese beiden Besonderheiten der Allgemeinmedizin, das breite Wissensspektrum und die Selbstständigkeit in der Praxisführung, eine Identität als Allgemeinmediziner erschweren. Die folgenden Aussagen wurden der Kategorie ‚mittlere Identität‘ zugeordnet.

*B: Also mittlerweile ein Stück weit schon. (..) Manchmal denke ich irgendwie mir fehlt noch so viel Wissen, weil ähm jeden Tag irgendwie was anderes kommt was Neues, was ich irgendwie noch nicht gesehen, gehört oder gemacht habe. Ähm aber so mittlerweile muss ich sagen, ähm nähert sich das so dem Ziel auch an. Ja. (MR II\N08\_2014: 10)*

*B: (..) Ähm das ist ja ein- also die Frage ist natürlich, was ist ein Allgemeinmediziner? [...] also nach außen hin so zu sagen bin ich fertiger Allgemeinarzt, nach innen hin ist die Frage wie vorbereitet bin ich, um eine Praxis zu leiten? Was ja so der klassische Weg eines Allgemeinmediziners ist und das ist glaube ich ein großer Weg noch. (Fjm II\S05\_2014: 13)*



Nur wenige Ärzte (n=5) fühlen sich gar nicht als Allgemeinmediziner, was vor allem auch an dem großen Spektrum in der Praxis liegt.

*B: Ähm das ist 'ne schwierige Frage. Neb als Allgemeinmediziner fühle ich mich eigentlich nicht. Ich hab' auch nach diesen zwei, zweieinhalb Jahren bald immer noch Probleme mich überhaupt als Mediziner zu fühlen. (lacht leise) Als Allgemeinmediziner eher nicht, was ich jetzt äh merke in der Praxis ist das Spektrum ist doch sehr groß, womit die Leute kommen. Das ist ein großer Unterschied zu einem Krankenhaus, wo es doch immer wieder das Gleiche ist und relativ überschaubar bleibt und man dafür noch ein bisschen besser ins Detail gehen kann und gerade in der Praxis jetzt kommen die Leute doch mit allem Möglichen. (MR II\N06\_2014: 13)*

Die Teilnehmenden, die von einem schwachen Zugehörigkeitsgefühl berichten, wurden zusätzlich gefragt, wie ihre Identifikation mit der Allgemeinmedizin gestärkt werden könnte. Stärkender Faktor ist vor allem die Erfahrung und die Zeit, die die ÄiW in der Praxis verbringen:

*B: Erfahrung. Erfahrung und Wissen und Sicherheit glaube ich. (..) Vor allem. Das ist natürlich ein Prozess, der gerade am Entwickeln ist und vielleicht sieht's in zwei, drei Jahren ganz anders aus. (MR II\N06\_2014: 17)*

Daneben spielen die Möglichkeit des Austausches mit anderen Allgemeinmediziner\*innen und das Kennenlernen von verschiedenen Praxen, beispielsweise durch Hospitationen, sowie bereits während der Klinikzeit als Allgemeinmediziner wahrgenommen zu werden, eine Rolle. Ein Arzt schlägt vor, dass man zu Beginn der Weiterbildung bereits eine kurze Zeit in der Praxis verbringen sollte:

*B: Ja ganz klar 'ne Zeit in der Praxis. Ja also das ist genau das was mir gerade fehlt denke ich. Ähm ich glaub dann kommt das ganz schnell. [...] könnte man ja auch überlegen, ob man so was im Rahmen von 'ner kleinen ähm geplanten Monatsrotation also was man mittendrin so macht, so so als Anstoß, dass man wirklich in der Klinik noch mit- 'nen anderes Verständnis der Allgemeinmedizin mit rein bringt und mehr so diesen Blickwinkel einnimmt. Weil das problematische ist vor allem am Anfang, wenn man noch nicht so erfahren ist, man schwimmt mit dem Strom, das ist ja auch ganz logisch, aber ähm man- das habe ich in der HNO zum Beispiel gemerkt, man wird von extern oder so als Allgemeinmediziner betrachtet, aber eigentlich arbeitet man so wie die anderen auch und hat diesen allgemeinmedizinischen Blick noch gar nicht so, sondern guckt sich so dieses Spezielle an. (MR II\N07\_2014: 33)*

### **Veränderung des Zugehörigkeitsgefühls im Laufe der Weiterbildung**

Zwölf Aussagen beziehen sich darauf, dass sich die Zugehörigkeit zur Allgemeinmedizin im Laufe der Weiterbildung verändert hat. Fünf Befragte sehen keine Veränderung in ihrem Zugehörigkeitsgefühl, was unter anderem daran liegt, dass sie bereits von Anfang an eine starke Identität als Allgemeinmediziner hatten.

Als Hauptfaktoren, sich als Allgemeinmediziner zu fühlen, wird die Praxiserfahrung genannt (n=12). Die Beziehung zu den Patienten mit vielfältigen Krankheitsbildern, das selbstständige Arbeiten und die Erfahrung als Allgemeinmediziner gesehen zu werden, machen die ÄiW aus ihrer subjektiven Wahrnehmung zu Allgemeinmedizinerinnen:

*B: Ähm ja das ist natürlich einerseits durch die Arbeit in der Praxis, ja. In dem man eben doch merkt, wie wichtig man für die Patienten ist und eben auch einfach da 'ne Bindung zu dem Patienten bekommt. Ähm das ist ja was, was ich vorher nie kannte also in der A- bei der Arbeit in der Klinik ist das natürlich überhaupt nicht so. [...] Also äh deswegen, ich mach das schon auch gerne die Allgemeinmedizin, weil ähm ja weil man da einfach sehr wertgeschätzt wird und irgendwie äh schon 'ne wesentliche Rolle für manche Patienten spielt. (MR II\N02\_2014: 25)*

*B: Ja also bei mir ist ja der Entschluss zum Allgemeinmediziner erst relativ spät gekommen ähm nach fünf Jahren Krankenhausaufenthalt mit eigentlichem Plan zum Internisten und von daher war die Zeit im- in der Niederlassung in der allgemeinärztlichen Praxis äh diesbezüglich sehr prägend äh und hat mein Entschluss auch absolut gefestigt. Also ja. (Ffm II\S05\_2014: 15)*

Neben der Praxiserfahrung stärkten das Mentoring und das Seminarprogramm des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin Hessen das Zugehörigkeitsgefühl der befragten ÄiW zur Allgemeinmedizin:

*B: Zum einen durch das Erlebnis jetzt in der Praxis, zum andern vielleicht auch durch die Seminare und durch diesen Zusammenhalt, weil ähm ja ich schon auch versucht habe, selber glaube ich mehr so diese Perspektive einzunehmen. Ähm des Allgemeinmediziners, was mir am Anfang glaube ich so ein bisschen gefehlt hat. (MR II\N07\_2014: 31)*

Die ÄiW wurden direkt danach gefragt, ob das Mentoring ihr Zugehörigkeitsgefühl gestärkt hat. In 17 Aussagen bejahen die ÄiW diese Frage, wie dieses Beispiel zeigt:

*B: Ja durch die Zugehörigkeit zu 'ner Gruppe schon. (..) Dadurch schon. Das ist auch ähm also es gibt schon Tage, wo ich überlege, ob das richtig ist, was ich mache oder ob ich nicht wechseln sollte, und dann kommt im Hinterkopf so schon die Gruppe und das alles und die Anderen, was würde die Anderen jetzt sagen so ungefähr. Also das gibt schon ein Zugehörigkeitsgefühl, was im Zweifel auch stützend sein kann (..) um durch manche Krise durch zu kommen. (MR II\N06\_2014: 19)*

Zwei ÄiW fühlen sich durch das Mentoring in ihrem Weiterbildungsweg bestätigt. Ein ÄiW fühlt sich durch das Mentoring nicht stärker mit der Allgemeinmedizin identifiziert, aber durchaus in der Weiterbildung unterstützt und nur eine ÄiW sagt, dass ihr Zugehörigkeitsgefühl zur Allgemeinmedizin durch das Mentoring verschlechtert wurde:

*B: Ich fühlte mich so, aber seit diese Mentoringprogramm nicht mehr (lacht). (I: Ob wieso?) [...] weil was die- die über diese Problem was sie da sprechen, über Praxis übernehmen oder über Prüfung oder Probleme in der Praxis, über die Bezahlung in der Praxis und dass man da zwei Jahre Geld bekommt und dann muss man irgendwas weitermacht, das hat mich ein bisschen erschreckt. (Ffm II\S13\_2014: 19)*

## Unterstützungsbedarf

Von den befragten Mentees fühlen sich 20 durch das Mentoring unterstützt und nur eine Ärztin fühlt sich nicht unterstützt. Sie sagt:

*B: (...) Ich brauch das noch nicht ja. Diese Unterstützung, ja vielleicht später, wenn ich so in Praxis bin dann ja. Dann vielleicht werde ich diese Gefühl haben, aber jetzt ich mich schon (..) ich weiß was ich machen in letzte Zeit und (...) da brauche ich noch diese Unterstützung nicht. (Ffm II\S13\_2014: 62-66)*

Für die anderen ist der entscheidende unterstützende Faktor der Austausch mit Gleichgesinnten:

*B: dieser Austausch- ist halt schon ganz gut und wichtig finde ich auch, weil man dann auch mal sieht wie andere arbeiten und ähm ja wie Allgemeinmedizin anderweitig auch aussehen kann, ne? Ja. (MR II\N08\_2014: 14)*

*B: [...] Und dann eben einfach die Tatsache, dass man da in regelmäßigen Abständen dann mit Gleichgesinnten zusammen gekommen ist um sich auszutauschen. Jetzt mal unabhängig von irgendwelchen Themen. (MR II\N05\_2014: 69)*

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Unterstützung bei organisatorischen Fragen.

*B: Ja, klar. Auf jeden Fall. Also (I: -konkretes Beispiel?) Ähm also die organisatorischen Fragen sofort. Also dieses ganze ähm wie stückelt man was aneinander und äh welche Zeiten werden für was gut geschrieben und ähm wie kommt man an 'ne neue Stelle auch einfach, wenn man äh wechseln möchte entweder innerhalb von der Praxis oder auch von der Klinik in die Praxis, wo gibt's 'ne Verbundmöglichkeit? Ähm auf jeden Fall, klar. Also da in jeder Hinsicht. Und ähm ganz klar auch bei allen Fragen rund um die Arbeitsverträge, [...] auch die ähm Anträge zur Förderung bei der KV das- also ich weiß mich hat das total überfordert bei der- bei der- bei der ersten Stelle. Also das war- ich hab' da- ich hab' das überhaupt nicht verstanden, um was es da irgendwie geht. Und ähm allein schon für nur solche Dinge- also für dieses ganze Drumherum ist es total hilfreich. (MR II\N01\_2014: 51-52)*

Die Befragten schätzten auch, dass über die organisatorischen Dinge hinaus Ansprechpartner bestehen, mit denen die ÄiW Unsicherheiten und Zweifel besprechen können. Vier von ihnen berichten von Zweifeln an ihrer Weiterbildung zum Allgemeinmediziner und dass das Mentoring sie unterstützt hat, den Weg in die Allgemeinmedizin weiter zu verfolgen.

*B: Mhm.. uh (..) Also es hat mir schon geholfen, ein bisschen ähm mich da eben für die Praxis zu entscheiden, gegen die Klinik. Wobei ich das jetzt gar nicht konkret an irgendwas festmachen würde. Ähm aber es hat äh- das Mentoring hat mir einfach nochmal so'n Schubs in Richtung pro Allgemeinmedizin sozusagen gegeben. (MR II\N02\_2014: 61)*

*B: Ja, also auch das, was ich ein bisschen als Erwartung vielleicht hatte, was ich damals auch gesagt hatte, so Punkte wo ich am Anfang der Weiterbildung vielleicht verloren gegangen wäre, wo so Situationen da waren, wo man- so 'ne Gruppe auch braucht, wo man sich zugehörig fühlt und dass man diesen*

*allgemeinmedizinischen Blick kriegt. Das hat mir schon sehr geholfen glaube ich auch. (MR II\N07\_2014: 76-78)*

*B: [...]. Aber hab' mich schon damals in der Situation mit dem alten Ausbilder und Weiterbilder hat mich das sehr unterstützt. Vielleicht auch dazu beigetragen, dass dich nicht abgebrochen hab. (Efm II\S09\_2014: 78-81)*

Über ihren Bedarf an Unterstützung hinaus wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie glauben, Vorteile gegenüber anderen ÄiW Allgemeinmedizin, die nicht am WBK teilnehmen, zu haben. Diese Antworten bildeten eine weitere Subkategorie zur Kategorie Unterstützungsbedarf.

### **Vorteile**

Von den Befragten sehen alle bis auf eine Person Vorteile durch ihre Teilnahme am Mentoring.

Die Vorteile sind der Austausch mit anderen ÄiW und die dadurch gewonnenen Ideen für die eigene Weiterbildung, das gebildete Netzwerk und den Rückhalt durch die Gruppe, feste Ansprechpartner für diverse Fragen rund um die Weiterbildung und sich durch das gewachsene Selbstbewusstsein auch *besser positionieren* (MR II\N01\_2014: 54) zu können. Ein weiterer Vorteil wird in dem *Informationszuwachs und [...] Vorsprung an Wissen* (MR II\N07\_2014: 80), die bessere Betreuung und den Zeitgewinn sowie der guten Vorbereitung auf die Facharztprüfung gesehen.

### **Mentoring**

Die Teilnehmenden wurden zu ihrer Einschätzung des Mentoringprogramms bezüglich der Struktur, der Rahmenbedingungen, der Themen, der Gruppe und ihren Mentoren sowie nach ihren Erwartungen und Wünschen befragt. Die Aussagen werden im Folgenden dargestellt.

### **Anzahl der Teilnahmen**

Laut eigener Aussage haben die 21 Befragten im Durchschnitt an 3,3 Treffen teilgenommen. Neun Teilnehmende berichten von vier Treffen, neun von drei Treffen und

drei von zwei Treffen in der Mentoringgruppe<sup>22</sup>. Die Gründe für die Nichtteilnahme sind Urlaub (n=4), Krankheit (n=3), Dienste (n=2) und fehlende Kinderbetreuung (n=1).

### **Erwartungen**

Vier Personen sagen aus, dass sie keine spezifischen Erwartungen an das Mentoring hatten:

B: (..) *Eigentlich ich hatte nicht so viele Erwartungen, weil ich hab' nicht gewusst, was mich erwartet.* (Fjm II\S13\_2014: 28)

In 30 Aussagen von 20 verschiedenen Personen werden erfüllte oder übertroffene Erwartungen genannt. Diese beziehen sich auf den Austausch mit Gleichgesinnten, die Möglichkeit Fragen zur Weiterbildung stellen zu können, feste Ansprechpartner zu haben mit der Möglichkeit des Kontaktes nach Bedarf und die Zugehörigkeit zur Allgemeinmedizin. Außerdem schätzen die Teilnehmenden die Gruppenatmosphäre und dass jeder mit seinen Problemen zu Wort kam und auch die anderen davon profitieren konnten:

B: [...] *Also gerade so dieses Mentorenprogramm hat meine Erwartungen eigentlich nochmal weit übertroffen, weil ich halt wirklich so gedacht hatte "Na ob das so- so individuell ist?" Aber ich finde es ist schon sehr ähm so, dass wirklich jeder einzelne mit seinen Sorgen, Nöten oder was ihn gerade umtreibt ähm da absolut gut aufgehoben ist und das auch zur Sprache bringen kann.* (MR II\N02\_2014: 31)

B: [...] *es ist wirklich ein Gruppengefühl aufgekommen, dass man sich wirklich besser kennt und [...] ich denke, dass wirklich jeder von dem Anderen profitiert. Also das ist schon gut.* (MR II\N02\_2014: 29)

B: [...] *ich hab immer das Gefühl gehabt, das ist ein guter Mittelweg zwischen allgemeinen Informationen, die so alle betreffen einfach ähm, die man einfach mal wissen muss und ähm aber auch zwischen ähm- also wo einfach wirklich Zeit war, persönliche Anliegen mal kurz zu besprechen oder persönliche Fälle. [...]* *Und ich hatte auch so das Gefühl, dass jeder Teilnehmer ähm auch sehr viel Vertrauen in die Gruppe hatte. Also es wurde immer alles sehr vertrauensvoll irgendwie so behandelt. Ich fand den Umgang immer ganz nett miteinander und bin da auch immer mit 'nem- ja ich bin da mit 'nem guten Gefühl da irgendwie rausgegangen. Ja. Und das war glaube ich gar nicht so davon abhängig, was jetzt im Detail an Informationen geflossen ist, sondern es war tatsächlich einfach so dieses ähm ja- so dieses Zugehörigkeitsgefühl und ähm, dass einfach klar war hier ist jetzt die Plattform Sachen loszuwerden und ähm sich gegenseitig zu helfen und zu unterstützen.* (MR II\N01\_2014: 14-15)

Wie auch das folgende Beispiel zeigt, haben die Gruppe und die Mentoren Halt gegeben:

---

<sup>22</sup> Die eigene Erinnerung zeigt jedoch Abweichungen von der Realität. Die Auswertung der Teilnehmerlisten zeigt, dass die Teilnehmenden in Durchschnitt an 3,2 Treffen teilgenommen haben. Neun Mentees haben an vier Treffen teilgenommen, acht an drei Treffen, drei an zwei Treffen und eine Person an nur einem Treffen.

B: *Ich hab' Halt. Die haben mir Halt gegeben. /Ihr habt mir Halt gegeben/ (lächelt beim Sprechen) Auf jeden Fall. Ich hab' auch das Gefühl ich hab'- ich hab' immer nur geklagt und gejammert und, und es hat sich nie jemand beschwert oder die Augen verdreht oder sonst was. Ihr habt das alles ausgehalten, war toll. (MR II\N04\_2014: 20)*

Die Erwartungen an die Mentoren wurden erfüllt:

B: *Ach so vielleicht eine Sache noch, die muss ich jetzt auch gerade an den Herrn \* weitergeben, er hat mir sehr, sehr, sehr stark geholfen ähm bei der Weiterbildung selber ähm was ähm die formalen Sachen anging, ohne ihn wäre ich da wohl nicht weitergekommen. Ganz wichtig und so ein Mentor habe ich auch gebraucht. Ich wäre sonst ganz schön eingegangen. Da bin ich ihm auch sehr dankbar für. (lacht) (Ffm II\S06\_2014: 25)*

Ebenso sind die Erwartungen in Bezug auf die Themen erfüllt worden:

B: *(..) Ähm bezüglich des Ablaufs von Fortbildungen und Weiterbildungen bis hin zu ähm Facharztprüfungen, also diese organisatorischen Sachen, die sind eigentlich super erfüllt worden, weil das sind so Sachen, die kann man sich nicht irgendwo in 'nem Buch groß anlesen oder so, sondern man muss- es ist- es ist am besten, wenn man in 'ner Gruppe mit Leuten mit Erfahrung zum Beispiel dem Doktor \*, dann das auch besprechen kann. (Ffm II\S12\_2014: 21)*

B: *Aber meine Fragezeichen, es gab immer sehr viele Fragezeichen. was? Wie? Also das hat schon sehr viel geholfen, dass man hier fragen konnte. (Ffm II\S07\_2014: 28-29)*

B: *Also wichtig war mir, dass ich jede Frage stellen [...] und hier konnte man jede Frage stellen. [...] - ihr habt ja uns gefragt, was wir wollen und dann habt ihr auch genau das umgesetzt. Das passiert ja auch echt selten, dass zwar gefragt wird was gemacht werden soll, aber dann 'ne ganz andere Richtung ähm ja äh die Stunde gehalten wird. Oder dass zusammen erörtert wird, das ist ja nicht nur von euch Frontalunterricht, sondern es ist ja eher ein Zusammensetzen und was ist denn gut. Auch der Austausch mit Kollegen, das war ja auch hier sogar intensiver als im Seminar würde ich sagen. Das war ja auch ähm finde ich was sehr Gutes. (Ffm II\S05\_2014: 20)*

Darüber hinaus äußern sich die Befragten positiv bezüglich der Vorbereitung der Treffen und betonen den Spaß, die Motivation und auch die Förderung des Selbstwertgefühls:

B: *[...], dass man einfach dachte 'Boah das- was die alles für einen machen' (lacht) auf einmal sind wir wichtig. Wir sind ja gar nicht die allerletzten, das ist äh das war auch ein bisschen Balsam für das Selbstwertgefühl, ja. Das äh das wir mal gefragt werden, was wollt ihr denn und so was. (Ffm II\S05\_2014: 22)*

B: *Im Gegenteil war ich eher immer sehr positiv überrascht, weil die Leute, die das gemacht haben sich wirklich sehr viel Mühe gegeben haben und das hat man gemerkt, und das merkt man ja nicht nur an dem, was man vorbereitet, sondern auch wie- das ist mit 'nem gewissen Enthusiasmus, ist das auch angekommen und das hat sehr viel Spaß gemacht. (MR II\N06\_2014: 25)*

Enttäuscht zeigen sich zwei Befragte (in vier Codierungen). Eine Ärztin hatte den Eindruck, dass die Erzählungen aus der Praxis sie abgeschreckt haben und das erste Weiterbildungsjahr zu früh für das Mentoring ist:

*B: (...) Ja wenn ich üh werde in dritte, vierte Weiterbildungsjahr, da kann ich sagen das war nützlich, hat mir geholfen. Aber jetzt [...] [hat] das mich erschreckt [...]* (Ffm II\S13\_2014: 26)

Eine weitere Ärztin zeigt sich enttäuscht darüber, dass der Mentor teilweise nicht genau genug auf Fragen eingegangen ist:

*B: Genau, ist nicht so ins Detail gegangen und nicht so genau geworden bei manchen Fragen. Da habe ich manchmal schon einfach als Antwort viel mehr erwartet und war da so ein bisschen über die Antwort enttäuscht, dass es einfach so schnell abgewickelt wurde. Es war dann halt eher für die Leute, die Anfänger waren da aus, die einfach noch im Krankenhaus waren und wo er vielleicht einfach nur ganz kurz erklären wollte, wie das in der Praxis ist[...]. Wenn irgendwie Kollegen was zu abrechnungstechnischen Sachen gefragt haben und so, hat er immer sehr schnell abgebügelt und gesagt 'Ach das ist alles gar nicht so schlimm' und ähm 'Das wird schon' und das, also da hat er insofern die Ängste gar nicht so genommen bei mir. [...] Also gerade der Bereich, der finanziellen ähm Ängste, also da ist er irgendwie nicht drauf eingegangen.* (Ffm II\S09\_2014: 31-33)

Insgesamt sind die Erwartungen an das Mentoring erfüllt bzw. weit übertroffen worden. Die Teilnehmenden sind überrascht vom Programm, zufrieden mit der Organisation, der Gruppe, den Mentoren und den Themen. Einzelne Aspekte davon wurden nachgefragt und werden im Folgenden dargestellt.

### **Zeitabstände**

Die Treffen fanden alle drei Monate statt. Der Abstand ist von 13 der 21 Teilnehmenden als passend empfunden worden:

*B: Ähm. Ne ich fand's eigentlich gut. Also ähm einmal pro Quartal war organisatorisch glaube ich für alle gut zu regeln. [...] Und das- also das fand ich jetzt für mich persönlich war da- waren das gute Abstände. War das- war das so okay, ja.* (MR II\N01\_2014: 19)

Acht Befragte könnten sich kürzere Abstände zwischen den Gruppentreffen vorstellen, etwa alle ein bis zwei Monate.

*B: Ich finde fast es könnte noch ein bisschen öfter sein. Das- vier Mal im Jahr ist fast ein bisschen wenig.*

*I: Eher wie oft dann?*

*B: Vielleicht sogar fast verdoppeln. So sechs bis acht Mal im Jahr wären schon fast besser, dass man sich noch ein bisschen öfter sieht.* (MR II\N06\_2014: 31-35)

*B: [...] das hätte- hätte mir jetzt persönlich auch ähm in der Zeit gefallen, wenn es einmal im Monat gewesen wäre. Ähm ist natürlich immer schwierig, wenn man jetzt 'ne Familie hat (lacht) und Kinder. Weiß ich nicht, inwieweit das wirklich dann da so oft zu realisieren ist, aber ähm damals hätte ich- hätte es noch mehr sein können.* (Ffm II\S08\_2014: 24)

Eine Teilnehmerin bemerkt allerdings, dass durch den Eins-zu-Eins-Kontakt nach Bedarf der Abstand der Gruppentreffen in Ordnung ist:

B: *Ähm also ich glaube mit der Möglichkeit, immer auch E-Mails zu schreiben, wenn es mal hart auf hart kommt, dass man irgendwas klären muss ähm und auch Antworten zu bekommen, ausreichend. Ja. Also wenn es nur die Möglichkeit gäbe, dann in den Mentoringgruppen das Thema, was einen gerade betrifft, ähm anzusprechen vielleicht ein bisschen zu lang.* (Ffm II\S03\_2014: 30)

Es gibt keine Teilnehmer, die sich seltenere Treffen wünschen.

### **Dauer**

Die Dauer von zwei Stunden pro Treffen empfanden die Teilnehmenden als angemessen. Einige können sich aber auch vorstellen, dass ihnen bei längeren Treffen *auch nicht langweilig geworden [wäre], hätten wir drei oder vier Stunden gehabt irgendwie.* (MR II\N01\_2014: 21) und dass bei einzelnen Themen mehr Zeit gut gewesen wäre:

B: *(.....) Ähm also war gut. Ich erinnere mich nur an das eine Mentoringprogramm wo es um Fragen zur Praxisverwaltung ging. Ich glaube, da hätte man noch mehr Zeit verbringen können. Ähm es ist natürlich ein extrem großes Gebiet.* (Ffm II\S05\_2014: 28)

Eine Ärztin wünscht sich längere Treffen:

B: *Find' ich fast immer ein bisschen kurz. Also zwei Stunden ist halt immer schnell- schnell rum, ne? Ich bin dann überrascht, dass es schon vorbei ist. [...] also wenn es jetzt vier Stunden wär, wär's auch okay (beide lachen).* (MR II\N09\_2014: 33)

### **Raum**

Sowohl Gruppe Frankfurt als auch Gruppe Marburg trafen sich im Seminar- bzw. Bibliotheksraum der allgemeinmedizinischen Einrichtungen der Universitäten Frankfurt am Main und Marburg. Die Teilnehmenden sind mit den Räumlichkeiten zufrieden. Wichtig sind ihnen die gute Erreichbarkeit, die Ungestörtheit, die angenehme Größe des Raumes und die Gestaltung des Raumes mit Stuhlkreis und Kaffee und Wasser auf dem Tisch am Rand.

B: *Das fand- ich fand das gut. Also im Seminar in so 'nem großen Raum wär für so 'ne kleine Gruppe wär viel zu groß. Also auch, dass wir in einem Stuhlkreis sitzen konnten immer das war schon schön. Dass man sich immer angucken konnte. Ich mein natürlich bestimmt würde es auch hier irgendwie gehen, aber es ist ein bisschen gequetscht. Also die Größe passt genau. Es ist gut zu erreichen, also für mich mit dem Auto da oben und mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist es ein bisschen schwieriger, ne?* (MR II\N04\_2014: 54)

B: *Ja, ist okay. Also ich fand's nett, dass man immer schon Kaffee und Wasser und so. Neh, ist voll okay. (...) Also da hab' ich jetzt gar nicht so die Ansprüche (lacht).* (MR II\N09\_2014: 59)



## Struktur

Die Mentees wurden danach gefragt, wie sie die Struktur der Treffen fanden. Die Frage wurde bewusst nicht genauer formuliert. Die Teilnehmenden äußern sich sehr zufrieden und sprechen vor allem die Anfangs- und Endrunden, die Doppelleitung, den Wechsel von Gruppenarbeits- und Plenarphasen, den Stuhlkreis und die gute Organisation an.

*B: Doch das fand ich gut. Zum einen, dass ihr das zu zweit moderiert habt, dass ihr euch abgeglichen und gegenseitig auch ergänzen konntet, ich fand es aber auch gut, dass jeder Zeit hatte sich da selbst einzubringen und dass es auch diese Gruppenarbeiten gab, fand ich auch gut. Das wir mal, wenn wir Zeit hatten nochmal untereinander zu sprechen. (MR II\N10\_2014: 47)*

*B: Ich finde das auch von der Aufteilung gut. Es gibt da immer am Anfang erst mal so 'ne offene Runde, wo jeder so ein bisschen erzählen kann. Und das ist ja auch das, wo eigentlich automatisch irgendwie immer schon irgendein Thema aufkommt, [...] das eigentlich immer sehr angenehm, wenn man so 'nen offenen Bereich hat und dann trotzdem irgendwo noch mal so Themen hat, wo man sich zusammen was erarbeitet. (MR II\N07\_2014: 51-54)*

*B: Also auch, dass wir in einem Stuhlkreis sitzen konnten immer das war schon schön. Dass man sich immer angucken konnte. (MR II\N04\_2014: 54)*

*B: Also ich fand's eigentlich ganz gut. Es war 'ne angenehme Atmosphäre jeweils. Ähm und es war trotzdem aber strukturiert, aber auch offen dafür, dass jeder auch so was erzählen konnte. Also (..) es war eigentlich ganz gut. Nicht überreguliert, aber schon strukturiert. Sodass man nicht irgendwie das Gefühl hat 'Was passiert hier eigentlich? Ich verschwende meine Zeit. Die wissen ja selber nicht was sie wollen' und so. (Ffm II\S10\_2014: 45)*

Nur einzelne Teilnehmende merken an, dass sie Gruppenarbeiten bzw. das Reden vor der gesamten Gruppe nicht mögen. Eine Teilnehmerin fand es schade, dass *Leute zu spät kamen und dann äh ist man immer wieder so ein bisschen raus und durcheinander. Muss man gr'ade mit so 'ner Runde ein Blitzlicht anfängt oder so, quasi äh kriegt man nicht alles mit und das fehlt dann. (MR II\N04\_2014: 38)*

## Themen

Die Mentees wurden danach gefragt, welches Thema sie als besonders relevant und welches als eher unwichtig empfanden und ob sie weitere Themenwünsche haben.

Als besonders relevant wurden die Themen ‚Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen‘ (n=10) (B: *Ja ein Thema waren so Zusatzweiterbildungen (..) das fand ich eigentlich ganz interessant. (Ffm II\S10\_2014: 30)*), ‚Vorbereitung auf die Facharztprüfung‘ (n=9) (B: *Also was hängen geblieben ist vor allem ist natürlich die Facharztprüfung, [...]. Das war schon sehr, sehr gut und natürlich auch mit 'nem waschechten Prüfer dann das durch zu exerzieren, das war natürlich klasse (Ffm II\S02\_2014: 26)*) sowie ‚Work-Life-Balance‘ (n=6) (B: *Work-Life-Balance, also das fand ich ziemlich gut irgendwie. Das äh war auch wiederum auch ganz interessant, wie die anderen so ihren*

*Tagesablauf strukturieren oder beziehungsweise wie sie Arbeit und Privatleben kombinieren. Ähm ja, das fand ich wirklich mit so das Beste muss ich ehrlich sagen. (MR II\N08\_2014: 28)) genannt.*

Es fällt auf, dass den Teilnehmenden vor allem das Thema der letzten Sitzung noch sehr präsent ist. Das Thema der letzten Sitzung unterschied sich bei beiden Gruppen. Gruppe Frankfurt behandelte das Thema ‚Vorbereitung auf die Facharztprüfung‘ und Gruppe Marburg das Thema ‚Work-Life-Balance‘.

Als eher weniger relevantes Thema wurde vor allem die ‚Gestaltung der Weiterbildung‘ (n=6) genannt. Dies wird vor allem von denjenigen als eher unwichtig erachtet, die schon weit in ihrer Weiterbildung vorangeschritten sind und daher weniger Gestaltungsspielraum haben:

*B: (...) Nein, also wenn aufgrund meines Stand- also aufgrund meiner ja fast fertigen Weiterbildung war natürlich, wie läuft die Weiterbildung ab oder wie kann man sie ablaufen lassen? Das war für mich natürlich eher nicht so nützlich, weil ich einfach schon die ähm- da war schon alles eingetütet und ich war nur noch ein Jahr vor dem Abschluss und würde eh nichts mehr ändern. Aber es ist natürlich interessant das zu hören. (Efm II\S05\_2014: 43)*

Von zwei Personen wird das Thema ‚Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen‘ als weniger wichtig betrachtet und eine Person betont, dass es ihr bei den Mentoringtreffen weniger um den inhaltlichen Fortbildungsteil, sondern vielmehr um den Austausch untereinander geht:

*B: für mich sind diese Mentorentreffen- ist diese- dieser Fortbildungsteil eigentlich gar nicht so wichtig, sondern eben so dieser Austausch, wo alle erzählen was mache ich gerade und was steht grade an. Für mich ist das eigentlich so das wertvollste an dem Treffen. (MR II\N02\_2014: 45)*

An weiteren Themen für das Mentoring (22 Codierungen) werden von der Gruppe Marburg die ‚Vorbereitung auf die Facharztprüfung‘ und der Gruppe Frankfurt das Thema ‚Work-Life-Balance‘ bzw. ‚Vereinbarkeit von Familie und Beruf‘ genannt. Besonders interessieren sich die ÄiW beider Gruppen für den Übergang von der Klinik in die Praxis, das Thema der ‚guten‘ Stelle und den Stellenwechsel, Arbeitsbedingungen (u.a. Gehälter) und ihre Rechte und Pflichten.

*B: Ähm (...) Ja was ich mir irgendwie nochmal wünschen würde, wäre halt, dass man auch noch mal über ähm ja so (...) wie man halt 'ne gute Weiterbildungspraxis findet spricht. Wie man ähm (...) ja wie man- also was man für Rechte und Pflichten hat als Weiterbildungsassistent in einer Praxis (...) [...] (MR II\N05\_2014: 50)*

Wichtig sind ihnen der Übergang in die eigene Niederlassung und Praxisführung sowie Alternativen zur eigenen Praxis.

*B:- so diese Selbständigkeit dann auch und wie ist es auch, wenn man eine Praxis dann führt oder vielleicht teilt und auch mit- also gerade eventuell auch Teilzeitbeschäftigt, in einer Praxis angestellt zu sein, nicht unbedingt sich selbstständig machen zu müssen und wie das auch konkret aussehen kann, so dieses Selbständigmachen. Ich denke das steht noch so ein bisschen aus. (Ffm II\S03\_2014: 40)*

*B: [...] 'Führungsqualitäten', ne? Man ist ja dann Chef, 'Was macht einen guten Chef aus?' so was. (MR II\N03\_2014: 76)*

*B: also was kann es alles mit dem Berufsbild des Allgemeinmediziners decken. Also was- in was für Tätigkeitsbereichen kann man als Facharzt für Allgemeinmedizin tätig sein. Also das brennt mir eigentlich ehrlich gesagt ziemlich auf den Nägeln, was- also wo man da noch zum Einsatz kommen kann, außer jetzt klassischer Weise in einer hausärztlichen Praxis. (MR II\N05\_2014: 50)*

Daneben spielt der Umgang mit den Patienten, Kommunikatives und Konflikte eine Rolle:

*B: ihr hattet ja mal 'Umgang mit dem schwierigen Patient', wäre ja jetzt auch gleich ähm 'Wie gebe ich um mit schwer Kranken, Sterbenden? Wie kann ich das für mich verarbeiten? Strukturen oder Abgrenzungsmechanismen, dass man das dann besser vertragen kann dann'. [...] oder Sachen wie 'Vermittel ich jetzt schwere oder schwere Diagnosen?', 'Umgang mit Arzthelferinnen', [...] (MR II\N03\_2014: 76)*

Der eine oder andere möchte auch das Thema der Gestaltung der Weiterbildung und Zusatzbezeichnungen vertiefen.

### **Gruppenerleben**

Die Gruppe und ihre Teilnehmenden werden von den Mentees als harmonisch, offen, interessiert, motiviert, vertraut, kollegial, sympathisch und ungezwungen beschrieben:

*B: Ach fand ich 'ne sympathische Gruppe. Alle sehr interessiert und offen und an neuen Dingen oder an Weiterentwicklung interessiert. Fand ich sehr sympathisch. Sehr angenehm. (Ffm II\S09\_2014: 62)*

*B: Und es war wie so'n Wiedersehen, so'n auch schon so ein bisschen vertraut. [...] Da quatscht man auch so ein bisschen, das ist eigentlich ganz schön, weil da wirklich so irgendwo dazugehört. (MR II\N10\_2014: 51)*

*B: Die ist auch äh so ein bisschen zusammengewachsen so. Man kennt sich jetzt ja schon so zu sagen. Ja also ich freu mich dann auch richtig, find' das echt- find die Leute alle echt nett und ich fand' es passt auch gut von der Struktur so, von den Menschen. (MR II\N09\_2014: 45)*

*B: Sehr natürlich. Sehr echt, also nicht so aufgesetzt oder so was. [...] sondern die Leute- man hat schon gesehen, wann einer kaputter war oder fertiger war und als es ihm besser ging und die Leute sind eigentlich auch- also es war schon auf 'ner sehr persönlichen Ebene. Und für die vier Mal ist das schon sehr gut gewesen, wenn man dann überlegt, wenn es im Verlauf noch öfter passiert (..) dann das war schon- also insgesamt sehr positiv. (MR II\N06\_2014: 49)*

Nur drei Personen (alle drei aus Frankfurt) haben sich etwas skeptischer geäußert und erlebten ihre Gruppe als nicht so zusammengehörig:

*B: Ähm irgendwie am Anfang war es ein bisschen wechselnd oder? Da waren irgendwie welche dabei, die sind dann nicht mehr gekommen oder so. Aber ich denke mal die, die am Schluss noch da waren, ich glaube achtzig Prozent waren ja auch relativ offen und haben auch gerne auch mal was von sich berichtet und ähm nur paar waren so ein bisschen verschlossen-zurückhaltend, aus denen man nicht so wirklich schlau wurde, würde ich jetzt mal sagen. Da gab's schon so ein paar dabei, die nicht so viel beigetragen haben und eigentlich eher so ein stiller Beobachter waren [...]. (Ffm II\S12\_2014: 43)*

*B: (..) Ähm (...) die Gruppe an sich weiß ich nicht. Da jeden einzeln natürlich ein bisschen anders und zu einigen hat man vielleicht (...) ein bisschen mehr Affinität und- als zu anderen und ähm gut das ist jetzt auch so dieser Raum für persönliches Austauschen gar nicht so dagewesen wie jetzt bei den Seminarterminen, weil einfach das doch relativ straff ist und dann halt das Thema auch besprochen wird. Ähm man sich darauf sehr konzentriert (...) Ja aber- also die Gruppe an sich so (.....) kann ich nicht so wirklich sagen. Es sind welche dabei, die mehr sich öffnen, andere weniger und (..) gemischt würde ich sagen. (Ffm II\S03\_2014: 54)*

In weiteren 19 Aussagen von 14 Befragten wird vor allem die Wichtigkeit des Austausches betont:

*B: Also vor allem der Austausch zwischen den Kollegen auch, dass man sieht, man ist nicht ganz alleine auf der- auf'm Holzweg (lacht) (MR II\N10\_2014: 25)*

Weitere sechs Personen (sieben Codierungen) sprachen die Heterogenität der Gruppe als positives Merkmal an:

*B: (..) Ähm ich finde das schon, dass äh von jeder- von 'ner fertigen Fachärztin äh von auch von und den- mit den die g'rade angefangen sind, dass alles dabei ist. Ähm, dass man sich immer den raus suchen kann, also raussuchen nicht, aber man kann immer von verschiedenen Erfahrungsstufen profitieren so zu sagen. (MR II\N04\_2014: 40)*

In zwei Aussagen wird die gute Gruppengröße von zehn bis 13 Personen angemerkt.

Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden gefragt, wie sie sich selbst in der Gruppe erlebt haben. Sie haben sich überwiegend *wohl gefühlt ja. Also das war nie irgendwie blöd.* (MR II\N09\_2014: 47). Das ‚Wohlgefühl‘ betonten zwölf weitere Personen, eine ergänzt durch *Gestützt und gut aufgehoben.* (MR II\N04\_2014: 42). Zwei weitere Personen beschreiben sich ganz *normal* (MR II\N10\_2014: 53) verhalten zu können.

Der eine oder andere war *beim ersten Treffen [...] auch noch so ein bisschen unsicher, da kennt man sich natürlich auch noch nicht so gut, aber so peu à peu muss ich sagen ähm hat sich das auch gebessert. (..)* *Da klopft man natürlich erst einmal ab, wie sind die anderen so und ja.* (MR II\N08\_2014: 38)

Während eine andere Person *das Gefühl [hatte], dass wir uns alle eigentlich auf Anbieh sehr sympathisch waren. [...] Aber ähm ich sag mal ich hab' nicht erlebt, was ja oft wenn Gruppen sich so neu*

*finden, dass so 'ne unangenehme Skepsis irgendwie im Raum ist oder dass man erst mal so ein bisschen misstrauisch aufeinander zu geht, weil man denkt 'Eh, wer ist'n hier jetzt irgendwie?' Also das- das ist irgendwie weggefallen. Also das war irgendwie vom ersten Treffen an gar nicht da. Und das hat mich schon fasziniert. (MR II\N01\_2014: 37)*

Nur zwei Personen fühlten sich aufgrund ihres Alters und ihres dadurch fortgeschrittenen Weiterbildungsstandes nicht so integriert in die Gruppe, wie dieses Beispiel zeigt:

*B: Dadurch dass ich so ganz am Ende war und auch ein anderes Alter hab' nicht ganz so integriert in die Geschichte, aber okay. Ich hab' auch in den ander- anderen, sag ich mal Lebenslauf dann vor mir, während die meisten ja dann erst mal dann so richtig voll einsteigen wollen, bin ich ja jetzt eher erst einmal so ein bisschen auf 'ner Warteschleife gegangen und auch das passte dann oft nicht ganz so, ne? [...] (MR II\N03\_2014: 56)*

Des Weiteren wurden die ÄiW gefragt, ob sie in der Gruppe genug Raum für eigene Fragen hatten. Alle (19 Codierungen) bejahen diese Frage. Außerdem betonen die Mentees, dass die Struktur Raum für jeden gegeben hat und dass bei Bedarf zusätzlich die Mentoren auch außerhalb der Gruppe angesprochen werden konnten.

*B: Ja, ja auf alle Fälle. Also wie gesagt, ich finde so dieses.. dieser Zeitpunkt und äh auch die- die Gestaltung des Ganzen finde ich absolut ok und ich denke, dass eigentlich jeder da das zur Sprache bringen kann, was ihm wichtig ist. Also- Also, dass dafür eben auch genug Raum da ist, neh. Das finde ich schon gut. (MR II\N02\_2014: 53)*

*B: (..) Ich hatte sehr viel Raum für meine Fragen. Ich hätte noch- ich hab' mich (..) Ich hatte schon das Gefühl, dass die gar nicht immer alle so da hinhören in diese große Gruppe. Aber ich durfte aber trotzdem immer alles sagen und niemand hat sich beschwert. Und ähm (..) Ich mein manchmal bin ich ja dann noch hinterher zu euch gekommen und doch ich bin alles losgeworden. (MR II\N04\_2014: 44)*

*B: Ähm auf jeden Fall. Ich denke, wenn ich gewollt und Not gehabt hätte, hätte ich den Raum sicherlich bekommen und wenn ich ein Einzelgespräch gesucht hätte. Das auf jeden Fall. (MR II\N03\_2014: 58)*

### **Mentor**

Die Gruppen wurden von einem erfahrenen Facharzt für Allgemeinmedizin und einer Diplom-Pädagogin geleitet. Die Mentees haben ihre beiden Mentoren als *gut vorbereitet, freundlich, hilfsbereit. [...] (MR II\N10\_2014: 55), Sehr engagiert [...] (MR II\N08\_2014: 42), [...] Total empathisch (MR II\N07\_2014: 64), Sehr, wie gesagt sehr engagiert, enthusiastisch und [...] vertrauensserweckend (MR II\N06\_2014: 53), engagiert, gut. Mhm, ja gut informiert auch (..) und interessiert. (MR II\N05\_2014: 60), freundlich zugewandt und kompetent. Ähm strukturiert und immer gut vorbereitet. (MR II\N04\_2014: 46), sehr geduldig auf jeden Fall und ähm was für mich vor allem ähm wichtig ist als ähm also gut im Zuhören. (MR II\N01\_2014: 41), sehr entspannt (lacht), sehr witzig und [...] sehr locker und sehr (..) sehr angenehm von der Atmosphäre her (Ffm II\S08\_2014: 48) empfunden.*

Zwei Ärzte betonen, dass es keine Frage gab, die nicht beantwortet werden konnte und dass ohne die Unterstützung des Facharztes viel Zeit verloren gegangen wäre oder sie nicht weitergekommen wären:

*B: Ach so vielleicht eine Sache noch, die muss ich jetzt auch gerade an den Herrn \* weitergeben, er hat mir sehr, sehr, sehr stark geholfen ähm bei der Weiterbildung selber ähm was ähm die formalen Sachen anging, ohne ihn wäre ich da wohl nicht weitergekommen. Ganz wichtig und so ein Mentor habe ich auch gebraucht. Ich wäre sonst ganz schön eingegangen. Da bin ich ihm auch sehr dankbar für (lacht). (Ffm II\S06\_2014: 24)*

*B: Wie gesagt der Herr \*, der- also ohne den wäre ich jetzt nicht da wo ich jetzt bin und hätte vielleicht sogar Zeit verloren. Und da bin ich auch sehr froh und dankbar drüber, dass er auch anonym Fragen auch weiterleiten konnte, was für mich als Einzelperson und Betroffene nicht möglich gewesen wäre. (Ffm II\S06\_2014: 57)*

Zwei Ärzte fanden, dass der fachärztliche Mentor bei einigen Themen nicht genug in die Tiefe gegangen ist und eine Ärztin hatte das Gefühl, dadurch, dass der Mentor gleichzeitig Prüfartz ist, etwas auf Distanz zu gehen:

*B: [...] Herr \* em, der ist schon so n bisschen für mich zumindest so auf Abstand ist doch (...) so irgendwie so wie im Studium Professor und und Prüfer und irgendwie bei ihm traue ich mich nicht so alles zu fragen. Ich glaube, der will das gar nicht ausstrahlen em, aber irgendwie (...) so (...) denkt man nach so plötzlich frage ich ihn lieber nicht, weil (lacht) immer ich so Kleinigkeiten so, aber auch eigentlich ganz locker. (Ffm II\S11\_2014: 132)*

*B: [...] vielleicht fast ein bisschen zu sehr irgendwie zurückgenommen so. Ich hätte glaube ich ursprünglich gedacht, dass vom Mentor ähm mehr kommt irgendwie. Also mehr konkretes. [...] (Ffm II\S10\_2014: 53)*

Zwei weitere betonen die Vorteile durch die doppelte Leitung, bestehend aus Facharzt und Pädagogin:

*B: Also fachlich äh [ist Herr] \* ja ein erfahrener Hausarzt. Also er konnte schon alles sagen. Bei dir diese Bereitschaft, dass du immer alles nachgeguckt und und und organisiert hast, also eigentlich habt ihr [...] habt ihr euch sehr gut ausgeglichen. Also das war sehr positiv. (Ffm II\S07\_2014: 61)*

Und zwei Teilnehmer finden, dass die Gruppe und ihre Mentoren sehr gut zusammen gepasst haben:

*B: Genau. Ab genauso. Also auch sehr passend. Sehr ähm- ja ich find' die Gruppe passt einfach gut zusammen so wie sie ist. Also mit Mentoren und Teilnehmern. Passt alles. (MR II\N09\_2014: 49)*

### **Kompetenzen eines guten Mentors**

Nach einem Jahr Erfahrung in der Mentoringgruppe wurden die Mentees nach ihrer Einschätzung zu Kompetenzen eines guten Mentors befragt. Acht Aussagen überschneiden sich mit den Aussagen zum erlebten Mentor. Da wird deutlich, dass einige

Mentees ihre Mentoren als gut empfanden bzw. ihre Vorstellungen zu einem Mentor aus ihren Erlebnissen mit den Mentoren geprägt sind.

Die Vorstellungen über den guten Mentor zeigen sich in einem differenzierten und anspruchsvollen Bild: Ein Mentor sollte nicht nur über Fachwissen in der Allgemeinmedizin und der Weiterbildung verfügen, sondern ebenfalls über Organisations- und Gruppenleitungskompetenzen. Außerdem sollte er von seinen Eigenschaften her offen, kommunikativ, strukturiert, erfahren, freundlich und zugewandt sein. Diese Ansprüche an den Mentor werden in den folgenden Textbeispielen deutlich.

*B: Ein guter Mentor muss zum einen strukturiert arbeiten, muss dafür auch gut vorbereitet sein, muss aber auch ein Ohr haben, auf Fragen einzugehen und auch gegebenenfalls Möglichkeiten zeigen und Hilfestellung bieten. Das finde ich entscheidend. (MR II\N10\_2014: 57)*

*B: Also ich finde ähm, dass er die Gruppe ganz gut anleiten soll, aber auch ähm sich dann zurückziehen soll, ähm damit die Teilnehmer sich auch gegenseitig oder untereinander austauschen können. Er sollte gut zuhören können, ja und vielleicht auch wenn man bestimmte Probleme hat gute Ratschläge geben können. (...) Ja. (MR II\N08\_2014: 44)*

*B: (...) Also er oder sie soll sich auf jeden Fall in- mit den theoretischen Grundlagen, sag ich jetzt mal so, auskennen. Also natürlich sollte der genau wissen, was die Weiterbildungsordnung beinhaltet, was man überhaupt machen muss. Ich finde auch halt, er sollte sich mit dem Berufsbild des Allgemeinmediziners gut auskennen, ähm ja idealer Weise die Ausbildung zum Allgemeinmediziner auch selber durchlaufen haben, ähm (...) ähm (...) na gute kommunikative Fähigkeiten haben, auch geschult sein im Umgang mit so einer Gruppe, ähm ja gute Moderationsfähigkeiten [...] [und] Krisenintervention, dass man da ein bisschen dann auch ja, weiß wie man so was dann macht. (MR II\N05\_2014: 62-63)*

*B: (...) Ähm ja gut menschliches Einfühlvermögen und viel [...], Motivation sich selber weiterzuentwickeln und für alles offen zu sein. Und ja gute Struktur. (Ffm II\S09\_2014: 70-73)*

*B: (...) Ähm (...) er muss an der Sache selbst so interessiert sein und gleichzeitig so vernetzt sein, dass es zusammenpasst. (Ffm II\S06\_2014: 59)*

### **Eins-zu-Eins-Kontakt**

Neben der Teilnahme an den Gruppentreffen hatten die Mentees die Möglichkeit, sich nach Bedarf an ihre Mentoren zu wenden. Diese Möglichkeit wurde von sechs Personen genutzt. Zwei hatten persönlichen Kontakt zu ihrem Mentor, vier schrieben eine E-Mail. Der Eins-zu-Eins Kontakt war in allen Fällen hilfreich.

*B: Ich glaub' ich ein- ich glaub ich hab einmal 'ne E-Mail geschickt an euch, wegen dieser Eltern- äh wegen diesen Mutterschutzgeschichten, ja. Und ich hab' prompt 'ne Antwort bekommen (lacht leise)*

*I: Also konnte dir dadurch geholfen werden?*

*B: Ja. Mir konnte geholfen werden (beide lachen) (I: Gut.) Ja was ist einfach- ja das Gefühl ist beruhigend. Weil vorher war das wirklich so, dass eigentlich das gesamte Studium lang, dass man eigentlich immer das*

*Gefühl hat, keiner weiß wirklich so was abgeht. [...] ist schon gut man weiß 'okay da kann ich nachfragen, die haben Ahnung davon'. (MR II\N09\_2014: 53-57)*

*B: Das fand ich sehr wichtig. Also weil das ist ganz oft so, dass- weil unsere Treffen ja auch relativ lange auseinander lagen, also drei Monate, da kann natürlich viel passieren und wenn dann irgendwas ähm (..) nichtiges passiert oder so, wo man jetzt sagt 'das brennt mir auf der Seele. Es wär doch schön, wenn ich das jetzt fragen könnte und nicht noch drei Monate warten müsste' dann äh finde ich das toll und grad in der heutigen Zeit mit Email [...]. (Ffm II\S08\_2014: 52-54)*

Zwei weitere Personen waren sich nicht sicher, ob sie einfach nachfragen können und fühlten sich gehemmt den Kontakt aufzusuchen.

Die anderen Personen waren sich der Möglichkeit des Kontaktes bewusst und haben ihn sehr geschätzt, auch wenn sie ihn nicht gebraucht haben. Viele Befragte betonen, dass sie es unterstützend fanden zu wissen, dass sie sich bei Fragen und Problemen jederzeit an ihre Mentoren wenden konnten.

*B: Neh, aber tatsächlich war's eigentlich auch so äh rein psychisch so stabilisierend zu wissen, dass ich das immer noch machen könnte. Das heißt, dass ich das noch ja in der Hand habe. Auch wenn ich's dann gar nicht in Anspruch genommen hätte, aber ich wusste, ich hätte gekonnt. Und das hat auch schon geholfen. (MR II\N06\_2014: 69-73)*

*B: [...], das fand ich eigentlich gut zu wissen, dass die Möglichkeit besteht auch wenn ich davon nicht Gebrauch gemacht habe. Aber einen Ansprechpartner zu haben, das ist ja immer schon sehr viel wert. (MR II\N05\_2014: 65)*

### **Verbindung zum Seminarprogramm**

In 20 Codierungen von zwölf verschiedenen Befragten wird, ohne dass von der Interviewerin danach gefragt wurde, das Seminarprogramm des Weiterbildungskollegs genannt. Davon werden in 14 Aussagen Mentoring- und Seminarprogramm gemeinsam genannt. Hier wird deutlich, dass die Teilnehmenden nicht direkt zwischen den Mentoringgruppentreffen und den Seminartagen unterscheiden oder die beiden Angebote verwechseln:

*B: Einziges vielleicht die Räumlichkeit halt da das eine Mal im Keller (lacht) Einmal waren wir glaube ich im Keller. (I: Ach so beim Seminarprogramm) Ach so im Seminarprogramm genau. (Ffm II\S02\_2014: 18)*

Und sechs Befragte vergleichen die beiden Angebote miteinander:

*B: (...) Ich fand's [die Mentoringgruppe; Anm. d. A.] so ein bisschen wie ein Klassentreffen ab und zu. Ja, also auch mit den Seminaren so, weil man da ja echt die gleichen Leute auch nochmal gesehen hat oder größtenteils. Und es war wie so'n Wiedersehen, so'n auch schon so ein bisschen vertraut. (MR II\N10\_2014: 51)*



*B: Eigentlich hatten wir- ich würde jetzt für meinen Bereich sagen, mir haben die Weiterbildungstage in Gießen [das Seminarprogramm; Anm. d. A.] mehr gebracht als das Mentoring, aber das war meine spezielle Situation, ne? Aber sonst habe ich mich ähm (...) hat mir das sehr, sehr gut getan und es hat mir auch denke ich sehr für die Prüfung geholfen insgesamt. Keine Ahnung, ob ich unter die Füße bekommen hätte ohne jetzt das ganze Gesamtpaket. (MR II\N03\_2014: 80)*

Die Nennung des Seminarprogramms bei einem Interview zum Mentoring zeigt, dass die Teilnehmenden die beiden Angebote als eine Einheit wahrnehmen. Beide Angebote ergänzen und vertiefen sich und dienen der Unterstützung der ÄiW auf fachlicher und persönlicher Basis.

### **Weitere Teilnahme**

Die Mentees wurden nach ihrem Vorhaben zur weiteren Teilnahme im kommenden Jahr befragt<sup>23</sup>. Von den 21 Befragten gaben 17 an, weiter am Mentoringprogramm teilnehmen zu wollen (*B: Auf jeden Fall. Schon überwiesen hoff' ich [...]* (MR II\N04\_2014: 62)), zwei werden aus persönlichen Gründen, wie beispielsweise Elternzeit, nicht weiter am Programm teilnehmen und zwei sind sich noch unsicher bezüglich der Kosten und der Freistellung durch den Arbeitgeber:

*B: (...) Eigentlich jetzt weiß ich nicht, weil ich habe noch keine Stelle. Ich weiß nicht, was ist mein Zukunft. Eigentlich würde ich gern, momentan arbeite ich nicht und jetzt ist schon dritte Monat. Also Geld, das ist sehr problematisch während dieser Weiterbildung. (Ffm II\S07\_2014: 85)*

*B: Eigentlich würde ich gerne. Wenn ich wüsste (lacht) das klappt alles äh mit meiner Tochter, mit dem Betreuen, weil es ja doch ähm einmal ja die vier Tage sind, die mein Arbeitgeber mich auch freistellen muss und ähm ich hatte so das Gefühl, dass er da auch nicht so begeistert von war. [...]* (Ffm II\S08\_2014: 64)

### **Wunsch für das kommende Jahr**

Die Mentees wurden nach ihren Wünschen für das Mentoring im kommenden Jahr, ihren Ergänzungen und in der Umkehrung nach ihren Vorstellungen, was ausbleiben kann, gefragt.

Ergänzt werden sollte das Mentoring durch mehr Termine in der Gruppe, neue Leute und vor allem durch neue Themen, die geprägt sind von den veränderten Weiterbildungs- und Lebensphasen der ÄiW:

---

<sup>23</sup> Die durchgängige Evaluation (vgl. Kapitel 6.1.2) zeigt, dass von den 17 Personen, die vorhatten weiter am Programm teilzunehmen, 15 tatsächlich noch mind. ein weiteres Jahr in ihrer Gruppe blieben (davon sechs Personen der Gruppe Frankfurt und neun Personen der Gruppe Marburg).

B: [...] also für mich persönlich wird sicherlich darum gehen, ähm wie- wie gestalte ich diesen Einstieg in die Praxis so aus, dass äh für mich was Zufriedenstellendes bei rauskommt. Also das wird für mich natürlich jetzt so das nächste halbe Jahr das große Thema sein. Ganz klar. (MR II\N02\_2014: 67)

B: Äh ja gut, da es bei mir halt hauptsächlich darum gehen wird, ähm ähm nach der Elternzeit ja dann wieder den Einstieg irgendwie in den Beruf zu finden ähm, erhoffe ich mir eigentlich hauptsächlich ähm dadurch so ein bisschen am Thema zu bleiben. Also zwischen Kind und Kegel das nicht alles zu verdrängen und zu vergessen, sondern einfach so ein bisschen im Kontakt und im Anschluss irgendwie zu bleiben. Und dafür ist ja g'rad der Austausch, der dann da mit den Kollegen stattfindet immer super. [...] (MR II\N01\_2014: 58)

B: Also für mich sehr spannend äh fände ich jetzt Themen wie ähm noch mal was man denn machen kann nach der Facharztprüfung, weil das ja dann irgendwann für mich konkret wird. [...] (Ffm II\S08\_2014: 66)

Inhaltlich wünschen sich die Mentees *mal 'ne Fallbesprechung* (Ffm II\S12\_2014: 63), *Insider-Empfehlung* (Ffm II\S11\_2014: 182-184) für die Facharztprüfung und Vertiefung des Kennenlernens der Gruppe.

Darüber hinaus haben die Teilnehmenden auch Ideen zur Strukturierung des Programms:

B: - wenn die Anzahl der Teilnehmer steigt. Ähm ihr könntet euch überlegen, ob ihr so was wie 'ne ähm Servicesprechstunde telefonisch anbietet. Was weiß ich zweimal im Monat an zwei Tagen 'ne Stunde [...]. (MR II\N01\_2014: 60)

Auf die Frage, was wegfallen sollte, antworteten vier Personen. Zum einen sagten ihnen bestimmte Themen weniger zu, was darauf zurückzuführen ist, dass diese auf ihre persönliche Situation nicht zutrafen (B: [...] wie Praxis übernehmen oder das ist für mich zu früh ja. (Ffm II\S13\_2014: 72-74)) oder zum anderen ihnen aus persönlich-charakterlichen Gründen nicht zusagten (B: Ja so diese Austauschrunden, das sind nicht so meine Sachen. (MR II\N03\_2014: 50)).

Demgegenüber ist den Befragten wichtig, dass viele Dinge fortbestehen und so bleiben, wie sie sind. Hierbei werden die Struktur, die spannenden Themen, das Gruppengefühl, der Erfahrungsaustausch und die Möglichkeit Fragen zu stellen, die Kekse und Getränke am Rand des Stuhlkreises und die Unterstützung durch die Mentoren genannt.

Die Teilnehmer waren größtenteils zufrieden mit den Treffen im vergangenen Jahr und wünschen sich, dass diese so bleiben:

B: (..) Also mir fällt jetzt nichts ein. Ich war- ich bin da so rundum glücklich damit, wie es das letzte Jahr war mit den Mentorengruppen, dass ich äh einfach nur sagen würde, alles so belassen wie es ist. (lacht) Also ich finde es perfekt so. Vom Räumlichen, vom Zeitlichen, vom Inhaltlichen ähm ich finde es halt wirklich wichtig eben diesen Teil am Anfang immer, dass jeder wirklich die Zeit bekommt, ähm zu berichten, was macht er gerade, was äh was ist für ihn gerade wichtig, was macht ihm vielleicht Sorge? Ähm das ist für mich eigentlich immer der aller wichtigste Teil in diesen Gruppentreffen. Definitiv. (MR II\N02\_2014: 68-70)

## Sonstiges

Am Ende des Interviews wurden die ÄiW gefragt, ob sie „noch etwas loswerden wollen“. Diese sechs Aussagen wurden unter die Hauptkategorie Sonstiges in zwei Subkategorien (Kosten WBK und Lob/Dank) kategorisiert.

Drei Personen äußern sich zu den Kosten des WBK, die ihrer Meinung nach zu hoch sind:

*B: Das einzige halt, das was wir schon- was ich vorhin schon gesagt hab' mit der finanziellen Geschichte, dass man das vielleicht doch ein bisschen aufteilt kann, weil es doch ein ganz schöner Happen ist jetzt.*

*Ähm das ist das Einzige. (Ffm II\S12\_2014: 65)*

Daneben äußern sich drei weitere Personen am Ende des Interviews dankend gegenüber der Mentoren und Organisatoren:

*B: Also ich möchte ansprechen, dass ich das sehr toll finde, dass ihr das macht. Und dass ich wirklich schon davon profitiert habe und dass ich hoffe, dass ihr das weiter macht. (MR II\N10\_2014: 88)*

### 6.2.2 Analyse der Zusammenhänge zwischen den Kategorien

Anhand des Code-Relation-Browser (siehe Anhang n) werden Überschneidungen der Codierungen der Hauptkategorien deutlich. Aussagen zu Ergänzungen im Mentoring wurden neun Mal gemeinsam mit weiteren Themen genannt.

Der Austausch mit anderen ÄiW wird neun Mal zusammen mit der Unterstützung durch das Mentoring genannt und erweist sich dadurch als ein wichtiges Unterstützungsmerkmal. Dies zeigt sich auch darin, dass er zu dem Gefühl beiträgt, dass die Erwartungen erfüllt worden sind, denn erfüllte Erwartungen werden achtfach mit dem Austausch, sechsfach mit der Verbindung zum Seminarprogramm und fünffach mit Kontaktieren des Mentors genannt. Hier werden die wichtigsten Erwartungen deutlich.

Die Verbindung zum Seminarprogramm überschneidet sich zehn Mal mit dem Gruppenerleben. Auch hier zeigt sich, dass das Mentoring- und Seminarprogramm als eine Einheit und nicht getrennt betrachtet werden.

Die Zufriedenheit wird in acht Codierungen (von acht Personen) gemeinsam mit dem Verlauf genannt. Es scheint, als sind die ÄiW zufrieden mit ihrem Weiterbildungsverlauf.

Alle weiteren Kategorien überschneiden sich nur in maximal vier Aussagen und werden daher nicht weiter aufgeführt.

### 6.2.3 Kreuztabellen

In Kreuztabellen werden Verbindungen zwischen Gruppen deutlich. Die Ergebnisse der Kreuztabellen werden hier in Bezug auf die Gruppen Männer/Frauen, ÄiW in der Klinik/ÄiW in der Praxis sowie die Gruppe Marburg/Gruppe Frankfurt gekreuzt mit den Kategorien ausgewertet und grafisch dargestellt (siehe Anhang o).

#### Vergleich von Männern und Frauen

In absoluten Zahlen gibt es große Unterschiede im Antwortverhalten von Männern und Frauen. Betrachtet man jedoch die relativen Zahlen (bei 71% Frauen und 29% Männern) fällt auf, dass nur in sehr wenigen Kategorien die Antworten von Frauen oder Männern überwiegen. Geschlechtstypisch befinden sich nur Frauen in Elternzeit bzw. Mutterschutz. Die befragten Männer scheinen sich etwas stärker mit der Allgemeinmedizin zu identifizieren und mehr Vorteile im Mentoring zu sehen als ihre weiblichen Kolleginnen. Außerdem wollen alle männlichen Mentees weiter am Mentoring teilnehmen, während zwei Ärztinnen noch unsicher sind und zwei weitere nicht weiter teilnehmen werden.

Demgegenüber äußern sich Frauen gesprächiger in Bezug auf ihr Gruppenerleben, ihre Einschätzung der Mentoren und äußern häufiger ungefragt ihre Meinung zu Kosten des WBK und bedanken sich für die Organisation des Programms.

#### Vergleich der ÄiW in der Klinik und in der Praxis

Gab es zum ersten Analysezeitpunkt nur die Unterscheidung von ÄiW, die in der Klinik oder in der Praxis arbeiten, so zeigt sich ein Jahr später ein sehr differenziertes Bild.

Es gibt nach wie vor Ärzte, die in der Klinik oder Praxis arbeiten, es gibt aber auch fertige Fachärzte für Allgemeinmedizin, einen Arzt, der die Klinik Tätigkeit mit einer Forschungstätigkeit aufteilt, und mehrere Ärztinnen, die in einer Praxis angestellt sind, aber aufgrund von Elternzeit, Mutterschutz oder Freistellung zum Interviewzeitpunkt pausieren. Um diese unterschiedlichen Arbeitsbedingungen zu vergleichen, wurden sie zu den drei folgenden Gruppen zusammengefasst: Fertige Fachärzte, ÄiW in der Klinik und ÄiW in der Praxis, unabhängig davon, ob sie zum Zeitpunkt des Interviews freigestellt waren oder nicht. Auch beim Vergleich dieser drei Gruppen ist es sinnvoll, die relativen Zahlen heranzuziehen. Knapp 20% der Befragten sind im stationären Weiterbildungsabschnitt, weitere knapp 20% haben ihre Weiterbildung abgeschlossen und 60% sind in ihrem ambulanten Weiterbildungsabschnitt. Es fällt auf, dass alle aufgrund von Elternzeit/Mutterschutz pausierenden Ärztinnen in der ambulanten Phase ihrer

Weiterbildung sind. Scheinbar ist dieser Abschnitt attraktiver für die Familienplanung und eignet sich besser für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die Zufriedenheit mit der Weiterbildung ist in allen drei Gruppen etwa gleich verteilt. Interessanterweise identifizieren sich die vier Fachärzte jedoch nur mittelstark mit der Allgemeinmedizin. Auch einige ÄiW im ambulanten Abschnitt fühlen sich dieser nur schwach zugehörig. Vielleicht liegt dies daran, dass mit steigendem Bewusstsein über die Aufgaben eines Allgemeinmediziners die Identifikation erschwert wird. Andererseits sagen viele ÄiW aus, dass das Zugehörigkeitsgefühl durch die Praxiserfahrung gestärkt werde. Die derzeitigen Praxisärzte erlebten besonders viele Veränderungen in der Zugehörigkeit zur Allgemeinmedizin im Vergleich zu ihren Angaben zum ersten Interviewzeitpunkt, wo sie ein stärkeres Zugehörigkeitsgefühl ausdrücken. Eine mögliche Erklärung für den Anstieg dieses Gefühls ist, dass die Befragten ein Jahr zuvor noch in der stationären Phase ihrer Weiterbildung waren und deshalb noch nicht über dieselben identitätsfördernden Erfahrungen in der Allgemeinarztpraxis verfügen konnten.

In den weiteren Kategorien zeigen sich keine großen relativen Unterschiede in Bezug auf die Aussagenhäufigkeit der einzelnen Gruppen.

### **Vergleich der Gruppen Frankfurt und Marburg**

Auf den ersten Blick scheinen beide Gruppen ähnlich zusammengesetzt: In dem Jahr des Mentorings haben jeweils zwei Ärzte pro Gruppe ihre Facharztprüfung abgeschlossen und zwei bzw. drei Ärztinnen sind in Mutterschutz oder Elternzeit.

Die Gruppe Marburg äußert sich sowohl zur Zufriedenheit als auch zur Unzufriedenheit häufiger. Die meisten Teilnehmenden dieser Gruppe fühlen sich zudem mittelstark mit der Allgemeinmedizin identifiziert, während die Mentees der Gruppe Frankfurt sich sehr unterschiedlich stark damit identifizieren. Bei einigen von ihnen hat sich diese Zugehörigkeit im Laufe der Weiterbildung verändert. Grund hierfür ist vor allem ihre Praxiserfahrung.

Ein großer Unterschied zwischen den beiden Gruppen besteht darin, dass die Teilnehmenden aus Marburg keine enttäuschten Erwartungen in Bezug auf das Mentoring angeben, während aus der Gruppe Frankfurt diesbezüglich vier Aussagen (von zwei Personen) kamen. Auch gibt es aus der Gruppe Frankfurt eine Aussage dazu, dass ein ÄiW sich nicht durch das Mentoring unterstützt fühlt. Demgegenüber gibt es eine Aussage aus Marburg, die darauf abzielt, dass der Befragte keine Vorteile im Mentoring sieht.

Der Anteil der erfüllten Erwartungen und des Gefühls der Unterstützung ist bei beiden Gruppen gleichermaßen hoch.

Die Befragten der Gruppe Frankfurt schließen wesentlich häufiger als ihre Kollegen aus der Marburger Gruppe eine Verbindung zum Seminarprogramm. Anscheinend ist ihnen das Seminarprogramm präsenter.

Ebenfalls auffällig ist, dass die Teilnehmenden der Gruppe Marburg wesentlich häufiger die Bedeutung des Austausches untereinander betonen. Für das kommende Jahr wünschen sie sich öfter, dass das Programm so fortbestehen bleibt wie es bislang lief, als dass Dinge verändert werden sollten. Nur die Häufigkeit der Treffen könnte laut den Befragten aus Marburg verändert werden: Mehr als die Hälfte von ihnen (5 von 9) möchte sich häufiger treffen, während dies nur von einem Viertel (3 von 12) der Frankfurter Gruppe geäußert wird. Auch tendieren die Teilnehmenden aus Marburg zu längeren Treffen als die Mentees der Gruppe Frankfurt. Prinzipiell sind aber beide Gruppen mit der Dauer von zwei Stunden einverstanden.<sup>24</sup> Die Gruppe Frankfurt macht mehr Vorschläge dazu, was ergänzt oder weggelassen werden könnte. Hierbei handelt es sich vor allem um Themenvorschläge. Bezüglich der weiteren Teilnahme besteht ein klares Bild: Für alle Teilnehmenden aus Marburg ist klar, dass sie weiter teilnehmen werden, während aus der Gruppe Frankfurt zwei ÄiW aufhören möchten und zwei weitere noch unschlüssig sind. Ohne danach gefragt worden zu sein, äußern sich drei Teilnehmende aus Frankfurt negativ zu den hohen Kosten der weiteren Teilnahme. Drei Mentees aus Marburg haben den Wunsch sich bei der Organisatorin zu bedanken oder Lob für das Programm auszusprechen.

### 6.3 Gegenüberstellung der Interviews I und II

Die Teilnehmenden der beiden Mentoringgruppen wurden vor Start des Mentoringprogramms und nach einem Jahr der Teilnahme befragt. Damit ein Vergleich möglich ist, wurden bewusst mehrere Fragen zu beiden Zeitpunkten der Befragung gleich gewählt. In folgenden Aspekten lassen sich Veränderungen der Einstellung und Wünsche untersuchen:

- der Verlauf der persönlichen Weiterbildung,

---

<sup>24</sup> Diese Unterschiede scheinen jedoch keinen Einfluss auf die Teilnahmehäufigkeit zu haben. Die Evaluationsbögen zeigen, dass sie in beiden Gruppen fast gleich war: Die Mentees der Gruppe Frankfurt waren im Schnitt bei 3,18 Treffen dabei und die Marburger nur unwesentlich mehr, nämlich bei 3,2 Treffen.

- die Zufriedenheit mit der Weiterbildung,
- das Zugehörigkeitsgefühl zur Allgemeinmedizin,
- der Unterstützungsbedarf,
- die Erwartungen an das Mentoring.

In der folgenden Tabelle 11 werden diese fünf Kategorien in ihren Kernaussagen gegenübergestellt. Die anschließenden Unterkapitel vertiefen die Inhalte der einzelnen miteinander zu vergleichenden Hauptkategorien.

Tabelle 11: Vergleich der Kategorien zu beiden Interviewzeitpunkten

	<b>Interview I</b>	<b>Interview II</b>
<b>Anzahl der Befragten (Rücklauf)</b>	N=23 (100%)	N=21 (91,3%)
<b>Zeitpunkt der Befragung</b>	Februar/März 2013	Januar-März 2014
<b>Dauer der Interviews</b>	Mittel: 22:05 min (MIN 13:37 min, MAX 29:35 min)	Mittel: 21:01 min (MIN 14:25 min, MAX 35:22 min)
<b>Kategorien-anzahl</b>	8 Hauptkategorien (48 Subkategorien)	8 Hauptkategorien (57 Subkategorien)
<b>Kategorie: Persönliche Weiterbildung</b>	<p>Sehr unterschiedliche Verläufe: ÄiW mit vielfältigen Wechseln und langen Weiterbildungszeiten, Quereinsteiger und ÄiW, die zielstrebig in 60 Monaten Klinik- und Praxiszeit absolvieren.</p> <p>Neun Teilnehmer in der stationären Phase, 14 in der ambulanten Phase.</p>	<p>Viele Veränderungen innerhalb eines Jahres: Stellenwechsel von der Klinik in die Praxis (n=5), Wechsel der Praxis (n=3), Facharztprüfungen (n=4), Schwangerschaften/Elternzeit n (n=3)</p>

<b>Kategorie:</b> <b>Zufriedenheit mit der Weiterbildung</b>	<p>- Zufriedenheit: 27 Codierungen <i>Die Kollegialität. Also meine Chefs sind sehr nett und man wird anders behandelt wie ein Assistenzarzt in der Klinik von den Oberärzten.</i> (Ffm\S08_2013: 34)</p> <p>- Unzufriedenheit: 36 Codierungen [...] also es/ ich empfinde es überwiegend als Learning by Doing. (Ffm\S10_2013: 30)</p>	<p>- Zufriedenheit: 30 Codierungen <i>Kollegen, die einfach angenehm im Umgang sind ähm und auch einfach noch mal 'ne ganze Menge vermittelt haben.</i> (MR II\N02_2014: 13)</p> <p>- Unzufriedenheit: 31 Codierungen <i>Ja also am Anfang ähm war es noch sehr unstrukturiert. Da musste man sich alles sehr schwer ersuchen und ähm selbstständig organisieren.</i> (Ffm II\S08_2014: 10)</p>
<b>Kategorie:</b> <b>Entscheidung zur/Identifikation mit der Allgemeinmedizin</b>	<p>Unterschiedliche Motivationen für Allgemeinmedizin:</p> <p>- Das breite Spektrum der Allgemeinmedizin (23 Codierungen)</p> <p>- die Patientenbeziehung (11 Codierungen),</p> <p>- die besseren Arbeitsbedingungen (10 Codierungen),</p> <p>- die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (8 Codierungen): [...] dass es so familienfreundlich ist. (Ffm\S09_2013: 21)</p> <p>- und ,schon immer klar‘ (6 Codierungen): <i>Da kam nichts anderes in Frage.</i> (Ffm\S13_2013: 24)</p> <p>- Sieben Befragte sind noch unsicher in ihrer Entscheidung</p>	<p>- Identifikation: Stark (n=7), mittel (n=19), schwach (n=5);</p> <p>- Identifikation stärken durch Praxiserfahrung: <i>durch die Arbeit in der Praxis, ja. In dem man eben doch merkt, wie wichtig man für die Patienten ist.</i> (MR II\N02_2014: 25)</p> <p>und Mentoring: <i>das Mentoring hat mir einfach nochmal so'n Schubs in Richtung pro Allgemeinmedizin sozusagen gegeben.</i> (MR II\N02_2014: 61)</p> <p>-Vier Befragte berichten von Zweifeln in ihrer Entscheidung zur Allgemeinmedizin: <i>es gibt schon Tage, wo ich überlege, ob das richtig ist, was ich mache oder ob ich nicht wechseln sollte [...].</i> (MR II\N06_2014: 19)</p>
<b>Kategorie:</b> <b>Unterstützungsbedarf</b>	<p>- Unterstützungsbedarf: 31 Codierungen <i>Also jetzt frisch, das mit der Schwangerschaft. Bis ich an die</i></p>	<p>- Mentoring wirkt unterstützend: 22 Codierungen [...] das gibt schon ein Zugehörigkeitsgefühl, was im Zweifel</p>



	<p><i>Information kam, überhaupt was mein Recht ist. [...] Also da hätte ich echte Hilfe gebraucht. Hätte mich viel weniger Nerven gekostet.</i> (Ffm\S11_2013: 60-62)</p> <p><i>Ja, man fühlt sich ja nirgendwo so heimisch auch, habe ich so festgestellt.</i> (Ffm\S04_2013: 20)</p> <p>- Kein Bedarf: 8 Codierungen</p> <p><i>Es gab harte Situationen, aber ich habe gar keine Unterstützung erwartet mehr. [...] Also, ich habe gar keine vermisst, weil ich nie mehr damit gerechnet habe, dass ich Unterstützung bekomme.</i> (MR\N06_2013: 74-78)</p>	<p><i>auch stützend sein kann (.) um durch manche Krise durch zu kommen.</i> (MR II\N06_2014: 19)</p> <p><i>] [...] dass ich meine ganzen Fragen und Sorgen und Unsicherheiten immer loswerden kann [...] das ist 'ne große Stütze.</i> (MR II\N04_2014: 56-58)</p> <p>- Nicht unterstützend: 1 Codierung</p> <p><i>Ich brauch das noch nicht ja. Diese Unterstützung, ja vielleicht später, wenn ich so in Praxis bin dann ja.</i> (Ffm II\S13_2014: 62-66)</p>
<b>Erwartungen an das Mentoring</b>	<p>Wunsch nach Austausch in einer Gruppe, regelmäßige (alle 2-6- Monate) Treffen vor Ort mit einem erfahrenen, empathischen Mentor mit Gruppenleitungskompetenz.</p> <p>Inhalte: Organisation der Weiterbildung, eigene Rechte, Zukunftsperspektiven, Facharztprüfung, Work-Life-Balance</p>	<p>Erfüllte Erwartungen an Rahmenbedingungen (Ort, Dauer, Struktur) und Mentoren, eher kürzere Zeitabstände der Treffen gewünscht.</p> <p>Inhalte: Niederlassung, Praxisorganisation und Facharztprüfung</p>

### 6.3.1 Persönliche Weiterbildung

Zum Zeitpunkt des ersten Interviews befanden sich knapp 40% (n=9) der Ärzte im stationären Abschnitt ihrer Weiterbildung und etwa 60% (n=14) in der ambulanten Phase. Ein Jahr später arbeiten nur noch vier ÄiW (20%) in der Klinik und 13 der Ärzte (60%) in der Praxis. Von den Ärzten im ambulanten Abschnitt sind drei Ärztinnen zum Zeitpunkt des zweiten Interviews in Mutterschutz oder Elternzeit. Ein Arzt, der mit 50% in der Klinik arbeitet, hat eine zweite 50%-Stelle in der allgemeinmedizinischen Forschung. Vier

weitere Ärzte haben in dem Jahr ihre Weiterbildung abgeschlossen und ihre Facharztprüfung erfolgreich absolviert.

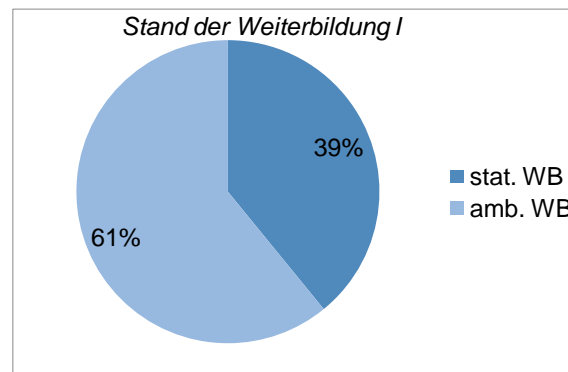


Abbildung 40: Stand der Weiterbildung zum Interviewzeitpunkt I. n=23, Angaben in Prozent.

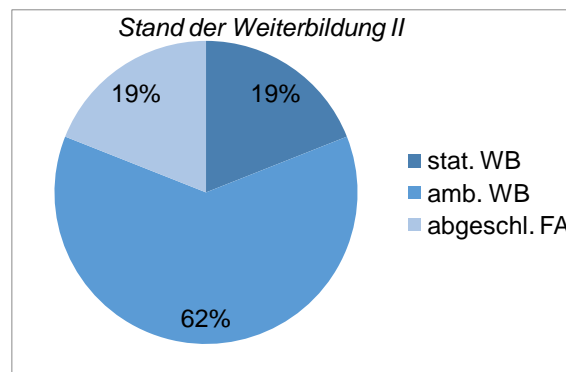


Abbildung 41: Stand der Weiterbildung zum Interviewzeitpunkt II. n=21, Angaben in Prozent.

Zum Zeitpunkt des ersten Interviews lag die durchschnittliche Weiterbildungsdauer bereits bei 39 Monaten und zahlreiche Ärzte hatten Unterbrechungen ihrer Weiterbildung, überwiegend aufgrund von Eltern- und Erziehungszeiten. Die lange durchschnittliche Weiterbildungsdauer erklärt sich daraus, dass z.B. sechs der Befragten sich erst spät für die Weiterbildung Allgemeinmedizin entschieden und lange in anderen Fachgebieten arbeiteten, oftmals wesentlich länger, als ihnen für die Weiterbildung Allgemeinmedizin angerechnet wird. Von den Befragten sind sieben noch unsicher mit ihrer Entscheidung zur Allgemeinmedizin. Nach einem Jahr der Teilnahme berichten nur vier Befragte, dass sie gelegentlich an der Weiterbildung Allgemeinmedizin zweifeln, betonen allerdings in dem Kontext jedes Mal, dass ihnen das Mentoring geholfen habe, die Zweifel zu überwinden.

Die Befragten berichten im ersten Interview von mehr Problemen als zum zweiten Zeitpunkt (sieben Aussagen zum ersten Zeitpunkt, drei Aussagen zum zweiten). Hierbei lässt sich eine Verschiebung der Problemlagen erkennen: Zum ersten Zeitpunkt überwiegen insbesondere die Probleme mit der Anerkennung von Weiterbildungszeiten

und eine Ärztin berichtet von Problemen mit ihrer Arbeitgeberin aufgrund ihrer Schwangerschaft. Zum zweiten Zeitpunkt werden ein Problem mit der Förderung und zwei Probleme mit der Schwangerschaft bzw. mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf genannt. Da das Mentoring im ersten Jahr häufig Organisatorisches wie die Anerkennung von Weiterbildungszeiten zum Thema hatte, kann es sein, dass Fragen und Probleme dazu ein Jahr später weniger auftauchen.

### **6.3.2 Zufriedenheit in der Weiterbildung**

Im Vergleich der Aussagen zur Zufriedenheit/Unzufriedenheit in der eigenen Weiterbildung lässt sich erkennen, dass fast alle Befragten sich zu beiden Ausprägungen äußern. Die Anzahl der Aussagen zur Unzufriedenheit überwiegt zum ersten Zeitpunkt (36 Codierungen gegenüber 31 Codierungen zum zweiten Interviewzeitpunkt) und Aussagen zur Zufriedenheit sind seltener (27 Codierungen zum ersten, 30 Codierungen zum zweiten Interviewzeitpunkt). Demnach sind die ÄiW nach einem Jahr zufriedener mit ihrer Weiterbildung als ein Jahr zu vor. Dies kann daran liegen, dass im Vergleich zum Vorjahr mehr Ärzte in ihrer ambulanten Weiterbildungszeit sind und dass alle durch das WBK die Möglichkeit zur Fortbildung hatten.

Zufrieden sind die ÄiW der ersten Interviews vor allem, wenn die Arbeitsatmosphäre gut ist und es die Möglichkeit gibt, nachzufragen, zu lernen und Wertschätzung vom Arbeitgeber erfahren wird. Dies scheint öfter in der Praxis als in der Klinik der Fall zu sein. Während des zweiten Interviews betonen die ÄiW, wie wichtig es ihnen ist, in ihrer Weiterbildung viel zu lernen. Dazu gehören Fragen an den WBE, das gemeinsame Besprechen von interessanten Fällen und der Besuch von Fortbildungen (wie beispielsweise das WBK). Außerdem sind sie zufriedener, wenn das Arbeitsklima stimmt, ein gutes Verhältnis zu den Weiterbildern und Austausch mit dem restlichen Team besteht. Darüber hinaus genießen sie in der Praxis das breite Spektrum der Allgemeinmedizin und die Beziehung zum Patienten sowie die gute Vereinbarkeit mit der Familienorganisation.

Zum ersten Interviewzeitpunkt waren die Befragten mit ihrer Kliniksituation häufiger unzufrieden als ihre Kollegen in der Praxis. Die Unzufriedenheit in der Klinik zeigt sich vor allem darin, dass die Arbeitsbedingungen sehr anstrengend sind, ÄiW das Gefühl haben, als ‚billige Arbeitskraft‘ genutzt zu werden und der Aspekt der Weiterbildung völlig zu kurz kommt. In der Praxis waren die ÄiW unzufrieden mit dem Verhältnis zum WBE, der Breite der Funktionen und der Bezahlung. Außerdem äußern sich vier Befragte unzufrieden in Bezug auf das System der Weiterbildung. Einige Faktoren der

Unzufriedenheit haben sich zum zweiten Interviewzeitpunkt nicht sehr verändert. Es fehlt den ÄiW die Struktur in der Weiterbildung, sowohl in der Klinik als auch in der Praxis. Sie sind unzufrieden, wenn das Verhältnis zu den WBE und dem Team nicht gut, die Arbeitsbelastung in der Klinik zu hoch ist und sie Gehaltseinbußen in der ambulanten Phase haben. Darüber hinaus differenzieren die ÄiW die Probleme genauer: Sie bemängeln die Fortbildungsmöglichkeiten, die häufigen Stellenwechsel, Probleme die Untersuchungszahlen zu erlangen und betonen, dass die Weiterbildungsinhalte bereits in der Klinik auf angehende Allgemeinmediziner ausgelegt werden sollten. Drei Ärzte wechselten aufgrund von ungenügenden Weiterbildungsbedingungen während der ambulanten Phase die Praxis.

Die ÄiW scheinen nach einem Jahr insgesamt zwar zufriedener zu sein, sind jedoch anspruchsvoller in ihren Wünschen und äußern diese differenzierter. Wichtig sind ihnen eine gute Weiterbildung inklusive guten Arbeitsbedingungen mit Hilfestellung durch ihren WBE und Fortbildungsmöglichkeiten. Der Fokus auf Fortbildungsmöglichkeiten kann durch das WBK geweckt worden sein. Die ÄiW haben durch den Austausch mit anderen ÄiW Vergleichsmöglichkeiten und reflektieren stärker ihre eigene Weiterbildung, sodass ihre Ansprüche an eine gute Weiterbildung eventuell steigen.

### **6.3.3 Zugehörigkeitsgefühl zur Allgemeinmedizin**

Zum ersten Interviewzeitpunkt wurden die ÄiW nach dem Zeitpunkt und ihren Gründen für eine Entscheidung zur Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin befragt. Zum zweiten Zeitpunkt stand die Frage nach der Identifikation mit der Allgemeinmedizin und der Möglichkeit, diese zu stärken, im Mittelpunkt. Aus beiden Fragen lässt sich ein Zugehörigkeitsgefühl zur Allgemeinmedizin erkennen.

Zum ersten Zeitpunkt entschieden sich zwölf Ärzte bereits vor und während ihres Studiums für die Weiterbildung Allgemeinmedizin, was auf ein Zugehörigkeitsgefühl hinweist. Für die anderen ergab sich die Entscheidung erst während der stationären Phase der Weiterbildung. Sechs Befragte berichten von einem Quereinstieg in die Allgemeinmedizin und sieben weitere erzählen von Zweifeln an ihrer Entscheidung.

Dieses Bild ändert sich nach einem Jahr der Teilnahme am WBK. Von den zum zweiten Mal Befragten identifizieren sich 16 Personen stark bis mittelstark mit der Allgemeinmedizin und fünf nur schwach. Vier Befragte berichten noch von gelegentlichen Zweifeln an ihrer Entscheidung, betonen aber gleichzeitig, dass ihnen das Mentoring hilft, den Kontakt zur Allgemeinmedizin nicht zu verlieren.

Die Gründe, die aus Sicht der ÄiW für die Allgemeinmedizin sprechen, hierbei insbesondere das breite Spektrum, die Beziehung zum Patienten, die guten Arbeitsbedingungen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, haben sich nicht verändert.

#### **6.3.4 Unterstützungsbedarf**

Zum ersten Interviewzeitpunkt formulierten die ÄiW einen Bedarf an Unterstützung. Diesen sehen sie vor allem zu Themen wie Praxissuche, Informationen zur Weiterbildung (u.a. zur Förderung und Untersuchungszahlen), Praxisorganisation und bei Zweifeln an der Weiterbildung Allgemeinmedizin. Sie können sich vorstellen, dass die Chefs und WBEs, Kollegen und andere ÄiW, aber auch externe Personen wie ein Mentor, diese Funktion übernehmen könnten. Darüber hinaus gab es sieben Aussagen dazu, dass kein Bedarf an Unterstützung gesehen wird. Die Befragten erklären ihren Eindruck damit, dass sie bislang auch ohne klargekommen sind, sie das System für unveränderlich halten oder sie sich nicht vorstellen können, wie eine Unterstützung aussehen sollte. Hatten sie bereits sehr unterstützende Weiterbilder, besteht ebenfalls kein weiterer Unterstützungsbedarf.

Zur zweiten Befragung wurden die Ärzte danach gefragt, ob sie sich durch das Mentoring unterstützt fühlen. Sie bejahen alle bis auf eine Person diese Aussage. Sie fühlen sich insbesondere durch den Austausch mit anderen ÄiW und die Beantwortung von organisatorischen Fragen unterstützt sowie dadurch, einen festen Ansprechpartner zu haben, mit dem auch eventuelle Zweifel besprochen werden können.

Hier zeigt sich, dass durch das Mentoring ein Angebot geschaffen wurde, bei dem die Wünsche und der Bedarf der ÄiW berücksichtigt wurden und sie sich dadurch unterstützt fühlen. Auch die Personen, die vorher keinen Bedarf benannt haben, da sie sich keine Unterstützung vorstellen konnten, fühlen sich nun durch das Mentoring unterstützt.

#### **6.3.5 Mentoring**

Zum ersten Interviewzeitpunkt wurden die ÄiW nach ihrer Vorstellung zum idealen Mentoring befragt. Dabei wurden nach einem freien Assoziieren verschiedene Aspekte (Ort der Treffen, Häufigkeit, Form (Gruppen- oder Einzelmentoring), Termin, Themen und Mentor) angesprochen. Daran orientierte sich die Gestaltung des Mentoringprogramms.

In der zweiten Interviewrunde wurde danach gefragt, ob die Erwartungen, die die ÄiW an das Mentoring hatten, erfüllt wurden. In 30 Codierungen (von 20 verschiedenen Personen) werden erfüllte oder übertroffene Erwartungen genannt. Diese beziehen sich auf den Austausch mit Gleichgesinnten und den Halt durch die Gruppe, die Möglichkeit, Fragen zur Weiterbildung stellen zu können und feste Ansprechpartner zu haben. Auch die Erwartungen an den Mentor, die Themen und die Struktur der Treffen wurden erfüllt. Wie bereits im Jahr zuvor haben die Mentees hohe Ansprüche an einen Mentor: Er sollte nicht nur über Fachwissen über Allgemeinmedizin und die Weiterbildung verfügen, sondern ebenfalls über Organisations- und Gruppenleitungskompetenzen und offen und empathisch sein.

Die Teilnehmenden der Gruppe Marburg betonen außerdem die offene und vertraute Gruppenatmosphäre und können sich vorstellen, sich häufiger als alle drei Monate zu treffen.

## 6.4 Typenbildung

Aufbauend auf den Ergebnissen der qualitativ strukturierenden Inhaltsanalyse wird im Folgenden eine Typenbildung nach Kuckartz (2012) durchgeführt. Dabei werden die in den Interviews befragten ÄiW mit ähnlichen Mustern zu Gruppen zusammengefasst. Ziel ist herauszufinden, welche Merkmale ÄiW einen, die einen Bedarf an Mentoring haben und welche Typen besonders oder weniger davon profitieren. Damit wird der vierte Teil der Forschungsfrage beantwortet.

### 6.4.1 Methode

Die Typenbildung dient dazu, aus qualitativen Daten eines komplexen Gegenstandsbereiches mehrdimensionale Muster zu erkennen und verschiedene Handlungstypen zu generieren, um ein höheres Verständnis für den Forschungsgegenstand zu gewinnen. Der Begriff *Typ* wird häufig in der Alltagssprache verwendet, stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie *Muster* oder *Grundform* (Langosch et al. 2012). Kuckartz definiert die Typenbildung der empirischen Sozialforschung folgendermaßen:

„Aufgrund von Ähnlichkeiten in ausgewählten Merkmalsausprägungen werden Elemente zu Typen (Gruppen, Clustern) zusammengefasst. Dabei sollen die Elemente desselben Typs einander möglichst ähnlich sein, die verschiedenen Typen hingegen sollten möglichst unähnlich und heterogen sein.“ (Kuckartz 2012, S. 118)

Eine Gruppe oder Typ wird durch eine Kombination gewisser Merkmale bestimmt und besteht demnach aus mehreren ähnlichen Fällen. Die Gesamtheit der zu einem Bereich gebildeten Typen und ihre Relation miteinander ist die *Typologie*. Zur Bildung einer Typologie werden Fallkontrastierung und Fallvergleiche auf mindestens zwei verschiedene Merkmale angewandt. Die Typenbildung verbindet die Fallanalyse mit dem Fallübergreifendem (Langosch et al. 2012, S. 555). Sie dient dazu, Regelmäßigkeiten zu erkennen und Strategien der Verallgemeinerungen zu entwerfen, mit dem Ziel eine Intervention (z.B. ein gruppenspezifisches Angebot) zu gestalten. Typen werden so konstruiert, dass allgemeine Charakteristika im Vordergrund stehen, „individuelle Besonderheiten und Abweichungen sind zwar regelhaft vorhanden, aber sie werden für die Typenbildung ausgeblendet“ (Langosch et al. 2012, S. 561).

Zentral für die Typenbildung ist das Konzept des Merkmalsraums. Dieser besteht aus mindestens zwei Merkmalen und ihren Ausprägungen. Objekte werden in diesem Raum identifiziert und Gruppen gebildet (Langosch et al. 2012, S. 557).

Die Durchführung der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse orientiert sich an dem in Abbildung 42 dargestellten Verlauf.

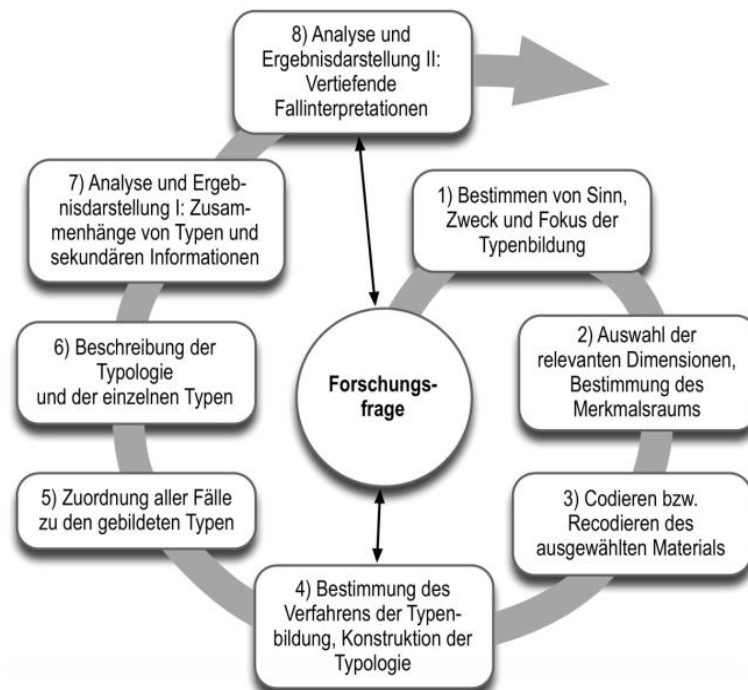


Abbildung 42: Ablauf der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2012, S. 124)

In der Konstruktion einer Typologie werden drei verschiedene Arten unterschieden (Kuckartz 2012, S. 120 ff.):

- Merkmalshomogene (monothetische) Typen: Alle Fälle eines Typus sind komplett identisch, durchführbar nur mit wenigen Merkmalen und wenigen Merkmalsausprägungen.
- Typenbildung durch Reduktion: Reduktion des Merkmalsraum durch Zusammenfassen mehrerer Merkmale, sodass eine handhabbare Anzahl von Typen entsteht.
- Merkmalsheterogene (polythetische) Typen („natürliche Typologie“): Induktiv aus dem empirischen Material gebildet, ermöglicht einen vieldimensionalen Merkmalsraum, innerhalb eines Typus wird eine möglichst große interne Homogenität und externe Heterogenität angestrebt.

In der vorliegenden Arbeit wurden aus 21 Fällen (21 ÄiW, die zu zwei Zeitpunkten interviewt wurden) polythetische Typen gebildet, um herauszufinden, welche Merkmale ÄiW einen, die besonders stark oder weniger vom Mentoringprogramm profitieren. Ziel ist, das Programm passgenau zuzuschneiden, die Zielgruppe dadurch besser anzusprechen und



ggf. verschiedene Varianten des Programms zu entwerfen, sodass mehr ÄiW sich unterstützt fühlen. Im gesamten Vorgang wurden Gütekriterien für die Typenbildung (Langosch et al. 2012, S. 563) beachtet. Diese beinhalten die Definition der Fälle und Merkmale, eine für die Fragestellung relevante Auswahl der Merkmale und nachvollziehbare Beschreibung des Merkmalsraumes, eine Verteilung aller Fälle zu je genau einem Typen, die nach dem Prinzip der Sparsamkeit (so wenig wie möglich, so viele wie nötig) und der Nützlichkeit in Bezug auf das Forschungsfeld gebildet wurden und sich aufeinander beziehen.

Zur Bildung des Merkmalraums wurden fünf Kategorien mit ihren jeweiligen Subkategorien aus dem bereits vorliegenden und inhaltlich strukturiert ausgewerteten Material gewählt. Aus dem ersten Interviewzeitpunkt stammen die Kategorien *Unterstützungsbedarf*, *Zufriedenheit mit der Weiterbildung* und das *Ideale Mentoring*. Zum zweiten Interviewzeitpunkt wurden die Kategorien *Zufriedenheit mit der Weiterbildung* und die *Unterstützung durch das Mentoring* gewählt. Besonders wurde die beiden Kategorien zum Mentoring (*Ideale Mentoring* und *Unterstützung durch das Mentoring*) in den Blick genommen und anhand dieser Aussagen wurden den Fällen zwei weitere Merkmale hinzugefügt: Wie stark der Einzelne vom Mentoring profitiert (6-stufige Skala von „profitiert sehr stark“ bis „profitiert gar nicht“ sowie dem Sonderfall „profitiert vom Einzelmentoring“) und ob er eher Sach-, Gruppen- oder Ich-orientiert ist (vgl. Vier-Faktoren-Modell der TZI mit den Faktoren ICH, ES; WIR; Kapitel 2.3.3). Im nächsten Schritt wurden die Fallzusammenfassungen anhand des letztgenannten Kriteriums nach Ähnlichkeiten sortiert und auf dem TZI-Dreieck<sup>25</sup> mit den Faktoren ICH, WIR und ES verteilt (siehe Beispiel im Anhang o). Das daraus entstehende Bild bestimmte die Anzahl der gebildeten Typen. Diese wurden benannt und die einzelnen Fälle zugeordnet. Die Zuordnung der Fälle wurde im Forschungsteam, gemeinsam mit einer weiteren Pädagogin, einer Psychologin, einer Ärztin und einem ausgebildeten TZIler, diskutiert. Abschließend wurden die Typen und die Typologie beschrieben, die Typen mit Hilfe von sekundären Variablen analysiert und Zusammenhänge zwischen den Typen dargestellt.

---

<sup>25</sup> Das Vier-Faktoren-Modell der TZI sieht als vierten Faktor den globe vor. Da keine der Person am globe orientiert ist, wird dieser Faktor im Rahmen dieses Kapitels nicht weiter benannt.

### 6.4.2 Ergebnisse

Aus den 21 Fällen, die anhand des Vier-Faktoren-Modells gruppiert wurden, kristallisierten sich vier Typen heraus: Ein WIR-orientierter Typus (sechs Fälle), ein ICH-orientierter Typus (drei Fälle), ein ICH/WIR-orientierter Typus (sieben Fälle) und ein ES-orientierter Typus (fünf Fälle).

Diese Typen wurden anhand der Merkmale ihrer Orientierung einem bestimmten Faktor im TZI-Dreieck zugeordnet (siehe Abbildung 43). Die Fälle, die eine starke Gruppenzugehörigkeit sowie den Wunsch nach Austausch betonten, wurden dem Faktor WIR zugeordnet, diejenigen, die ihren Weg bereits unabhängig von anderen geplant haben und weniger auf den Austausch angewiesen waren, wurden dem Faktor ICH zugeordnet. ÄiW, denen sowohl der Austausch als auch ihre eigene Planung wichtig waren, wurden in der Mitte zwischen ICH und WIR angeordnet und die Personen, die sich sehr sachorientiert zeigen (mit einem Fokus auf Facharztprüfung und fachlichen Fragen) fanden sich an der Spitze des Dreiecks beim ES.

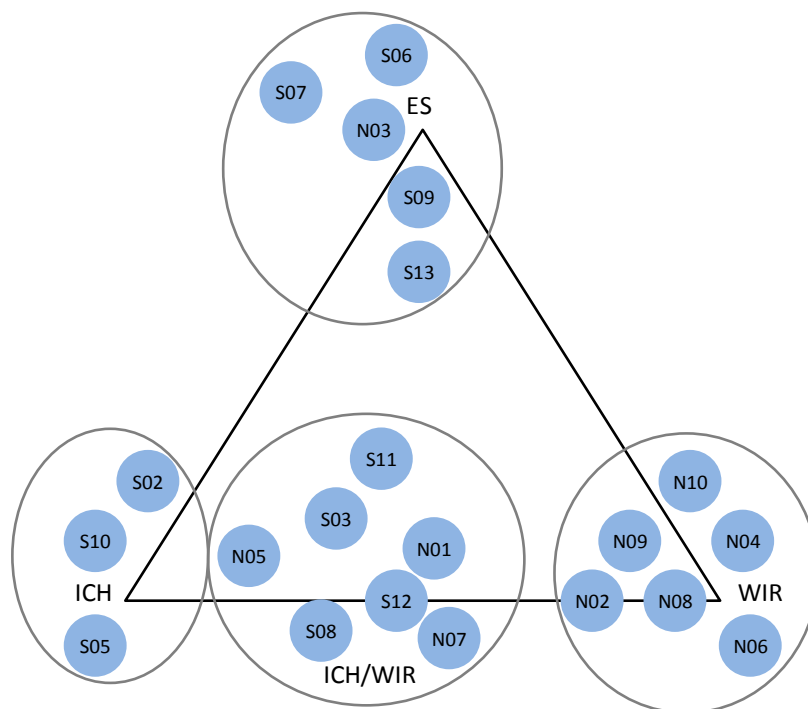


Abbildung 43: Typologie – Gruppierung der Fälle

Die Frage, wie stark der einzelne Teilnehmende vom Mentoringprogramm profitiert, spiegelt sich in den Typen wider. Jedem Fall wurde anhand der Fallzusammenfassung ein Item einer sechs-stufigen Skala zugeordnet, das zeigt, wie stark der Einzelne profitiert (siehe Abbildung 44).

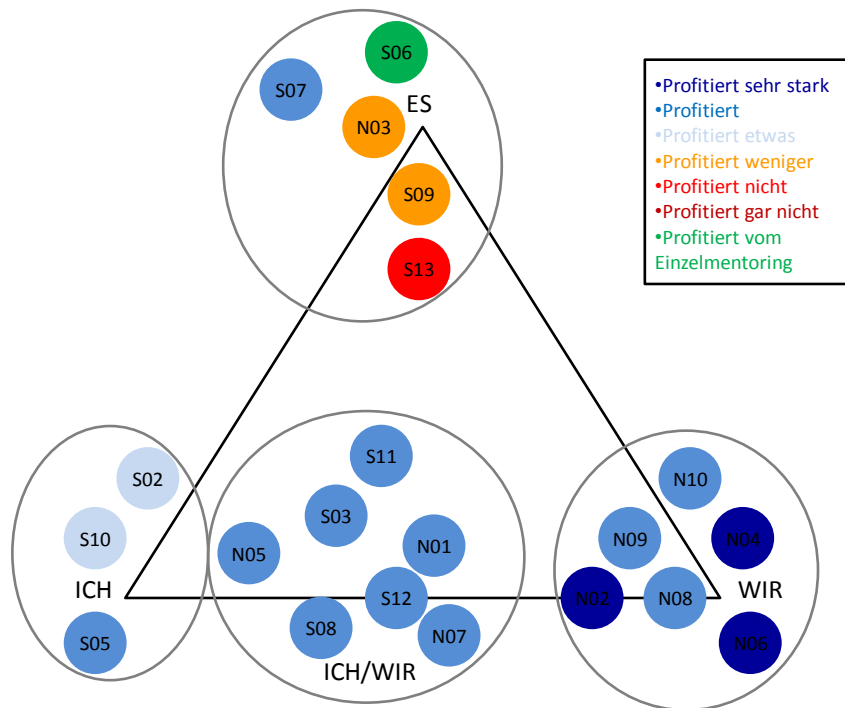


Abbildung 44: Typologie – Unterstützung durch das Mentoring

Hier zeigt sich, dass diejenigen, die WIR-orientiert sind, am stärksten vom angebotenen Mentoring profitieren, danach die ICH/WIR-orientierten und etwas weniger profitieren diejenigen, die ICH-orientiert sind. Am wenigsten profitieren die ÄiW der ES-orientierten Gruppe. In dieser Gruppe zeigen sich allerdings Ausnahmen: Eine Person profitiert von einem Sachthema, eine andere besonders von dem zusätzlich angebotenen Einzelmentoring.

Ein ähnlicher Trend zeigt sich, wenn die Zufriedenheit mit der Weiterbildung der ÄiW betrachtet wird (siehe Abbildung 45). Tendenziell profitieren die ÄiW, die weniger zufrieden mit ihrer Weiterbildungsstelle sind, mehr vom Mentoring als diejenigen, die sehr zufrieden sind. Für die Zufriedenheit mit der Stelle spielt es weniger eine Rolle, ob die aktuelle Weiterbildungsstelle eine Praxis oder Klinik ist, vielmehr sind die Arbeitsatmosphäre, die Lernmöglichkeiten und das Verhältnis zum WBE sowie zum Team ausschlaggebend für die Zufriedenheit der ÄiW.

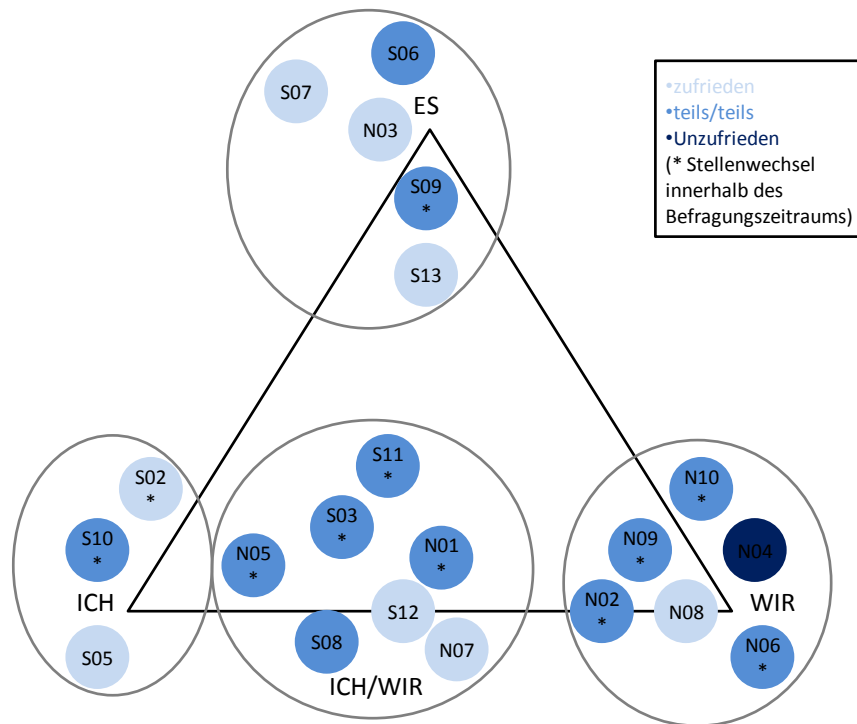


Abbildung 45: Typologie – Zufriedenheit mit der Weiterbildungsstelle

Auffällig ist hier die hohe Anzahl an ÄiW, die teilweise zufrieden sind. Dies erklärt sich daraus, dass zu beiden Interviewzeitpunkten nach der Zufriedenheit mit der Weiterbildungsstelle gefragt wurde und ein hoher Anteil an ÄiW (52%) die Stelle gewechselt hat und in der zweiten Stelle wesentlich zufriedener war. In der Regel geschah der Wechsel von der Klinik in die Praxis, in drei Fällen wurde jedoch die Praxis aufgrund von Unzufriedenheit mit dem WBE gewechselt. Wenn die ÄiW den Stellenwechsel gestärkt und begleitet durch die Mentoren und die Mentoringgruppe durchgeführt hatten, profitierten sie vom Mentoringprogramm.

Ein weniger eindeutiges Bild zeigt sich in der Identifikation mit der Allgemeinmedizin der einzelnen Fälle (siehe Abbildung 46). Alle Fälle auf der unteren Achse sind unterschiedlich stark mit der Allgemeinmedizin identifiziert. Lediglich auffällig ist, dass diejenigen aus der ES-orientierten Gruppe, die am wenigsten vom Mentoringprogramm profitieren, sich tendenziell weniger mit der Allgemeinmedizin identifizieren.

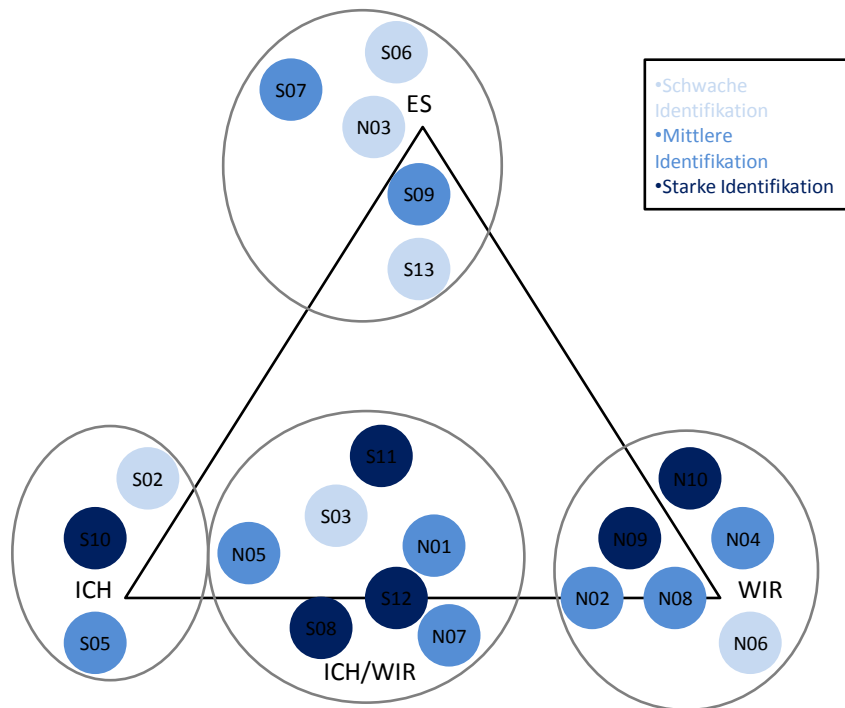


Abbildung 46: Typologie – Identifikation mit der Allgemeinmedizin

Sehr deutliche Unterschiede hingegen, sowohl in der Stärke des Nutzens vom Mentoring als auch in der Zugehörigkeit zu einem Typus, zeigen sich, wenn zusätzlich die Mentoringgruppenzugehörigkeit (Gruppe Marburg oder Gruppe Frankfurt) beachtet wird (siehe Abbildung 47).

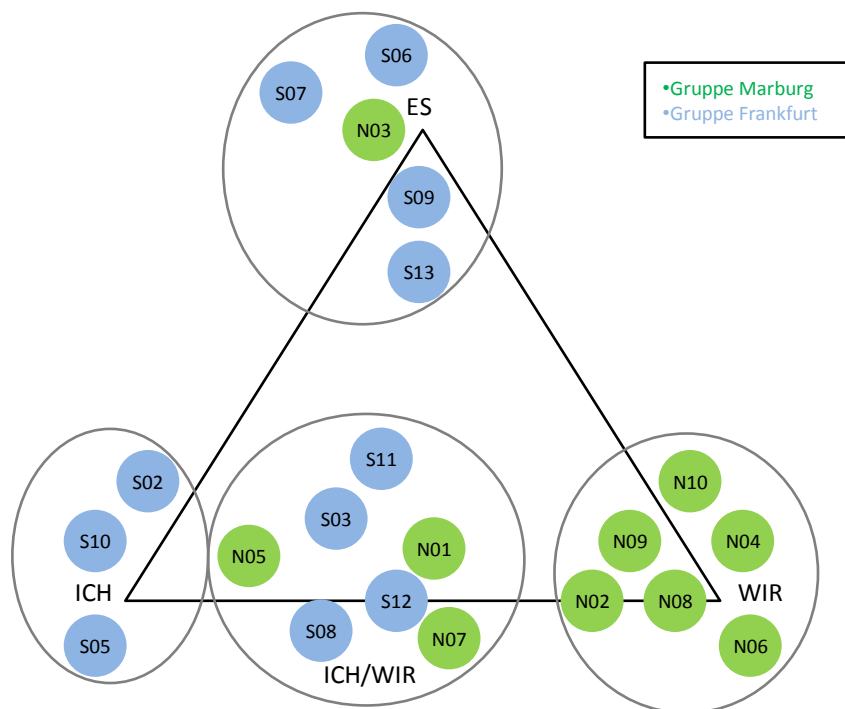


Abbildung 47: Typologie – Mentoringgruppenzugehörigkeit

Hier wird deutlich, dass die Teilnehmenden der Gruppe Marburg deutlich stärker WIR-orientiert sind. Die Teilnehmenden der Gruppe Frankfurt sind stärker ICH- und ES-orientiert. Wie die vorangehende Abbildung 44 zeigte, profitieren demnach die Teilnehmenden der Gruppe Marburg stärker vom Mentoring als die der Gruppe Frankfurt.

Ableitend aus den gezeigten Ergebnissen sowie weiteren sekundären Variablen (Unterstützungsbedarf, Geschlecht, Alter und Verlauf der Weiterbildung) lassen sich Prototypen für jeden Typus bilden.

- Der „typische“ AiW des WIR-orientierten Typus stammt aus der Mentoringgruppe Nord (Marburg), ist zwischen 27 und 40 Jahren alt und mitten in der eigenen Weiterbildung. Er (oder sie) ist oder war phasenweise sehr unzufrieden mit der Weiterbildungsstelle, ist mittel bis stark identifiziert mit der Allgemeinmedizin, hat einen Bedarf an Unterstützung und wünscht sich diese Unterstützung durch den Austausch mit anderen ÄiW. Er profitiert stark durch das angebotene Mentoringprogramm.
- Dem gegenüber steht der AiW der ICH-orientierten Gruppe. Dieser ist in der Regel männlich, aus der Gruppe Frankfurt, zwischen Mitte 20 und Mitte 40 Jahr alt und vor allem sehr zielstrebig in Bezug auf die eigene Weiterbildung. Er hat konkrete Vorstellungen von dem Ablauf der Weiterbildung und setzt diese ohne Unterbrechung der Weiterbildungszeit um. Auch wenn die Identifikation nicht immer sehr stark ausgeprägt ist (aufgrund von eigenen sehr hohen Anforderungen an sich selbst als Facharzt für Allgemeinmedizin) ist das Ziel der Facharztprüfung und der Niederlassung stets klar. Er ist zwar nicht mit den Rahmenbedingungen der Weiterbildung, jedoch mit der eigenen Weiterbildungsstelle zufrieden und hat eher wenig Unterstützungsbedarf. Dennoch profitiert er vom Mentoring, hier kann er seine Erfahrungen berichten und sich in seinem Berufsweg stärken (Ich-Stärkung) und die Gruppe profitiert von ihm und seiner Sicherheit.
- Zwischen diesen beiden Typen befinden sich ÄiW, die der ICH/WIR-orientierten Gruppe angehören. Sie sind sowohl männlich als auch weiblich, können der Gruppe Marburg sowie Frankfurt angehören und sind unterschiedlich stark mit der Allgemeinmedizin identifiziert. Sie haben fast alle in ihrer Weiterbildung Phasen gehabt, in denen sie sehr unzufrieden mit ihrer Stelle waren und an der Entscheidung zur Weiterbildung Allgemeinmedizin gezweifelt haben. Ihnen ist es wichtig, neben der Weiterbildung noch Zeit für Freizeit und Familie zu haben. Um

den Balanceakt zwischen beiden Themen zu bewältigen und ihre Zweifel zu besprechen, nutzen sie den Austausch mit den anderen ÄiW in der Mentoringgruppe. Sie haben einen Bedarf an Unterstützung und profitieren vom Mentoringprogramm.

- Weniger gruppenorientiert und mit weniger konkreten Vorstellungen zum eigenen Lebensweg zeigen sich die Fälle der ES-orientierten Gruppe. Diese sind auf der Suche nach mehr Informationen zur Weiterbildung und Facharztprüfung und möchten medizinisch-fachliche Fragen klären, um mehr Sicherheit für ihre Arbeit zu erlangen. Sie sind überwiegend weiblich, aus der Gruppe Frankfurt, mehr oder weniger zufrieden mit ihrer Stelle und eher schwächer mit der Allgemeinmedizin identifiziert. Sie haben häufig einen Quereinstieg hinter sich und zweifeln immer wieder an der Entscheidung für die Allgemeinmedizin. Sie haben einen Bedarf an Unterstützung, dieser wird aber nicht durch das Gruppenmentoring gedeckt. Gründe dafür könnte die fehlende Gruppenzugehörigkeit sein. Sie fühlen sich eher als Außenseiter in der Gruppe aufgrund eines wesentlich höheren Alters als die anderen, schlechteren Deutschkenntnissen oder einer weiten Entfernung und damit verbundenem wenigem Kontakt zu den anderen ÄiW. Sie profitieren vom Mentoringprogramm nur dann, wenn das besprochene Thema genau ihre Fragen beantwortet oder wenn sie die Möglichkeit des Einzelmentorings in Anspruch nehmen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der überwiegende Teil der ÄiW vom Mentoring profitiert. Manche eher durch die Bestärkung der anderen ÄiW, andere dadurch, dass sie ihre Erfahrungen einbringen können, wieder andere durch die angesprochenen Themen oder direkte Fragen an die Mentoren. Weniger profitieren die ÄiW, die sehr sachorientiert sind. Ob eine Person eher ICH, WIR oder ES-orientiert ist, lässt sich nicht im Vorfeld bestimmen und ist auch nicht auf Dauer festgelegt. Die Zugehörigkeit zu einem Typus kann sich verändern, da, geprägt durch Lebensereignisse, die ÄiW unterschiedliche Bedürfnisse in verschiedenen Phasen ihrer Weiterbildung haben. Deutlich wird jedoch im Vergleich der Gruppen Marburg und Frankfurt, dass diejenigen am meisten profitieren, die in einer Gruppe mit einem starken Gruppenzugehörigkeitsgefühl sind.

## **6.5 Diskussion der Post-Evaluation**

Da hier ein paralleles Design vorlag, steht nun die Zusammenführung der Ergebnisse der Evaluationsbögen und der zweiten Interviewbefragung mit der Typenbildung und die Diskussion dieser Ergebnisse im Zentrum.

### **6.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der Post-Evaluation**

Den Mentees und Mentoren beider Gruppen wurde nach jedem Treffen in den Jahren 2013 und 2014 (insgesamt acht Treffen pro Gruppe) ein Evaluationsbogen ausgeteilt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmenden grundsätzlich sehr zufrieden mit den Mentoringtreffen sind. Die Rahmenbedingungen und die Gruppenatmosphäre werden als sehr gut bewertet. Lediglich die Themen empfinden die Mentees in etwa 15% der Fälle als weniger relevant. Den Austausch mit anderen ÄiW erleben die Mentees der Gruppe Frankfurt als weniger hilfreich als die Mentees der Gruppe Marburg. Insgesamt fühlen sie sich jedoch durch das Mentoring gut unterstützt. Die Teilnehmenden der Gruppe Frankfurt fühlen sich im ersten Jahr besser unterstützt als im zweiten Jahr der Teilnahme. Da in dieser Gruppe nach dem ersten Jahr im Mentoring die Hälfte der Teilnehmenden aufhörte und neue Teilnehmende hinzukamen, kann dies ein Hinweis darauf sein, dass die Teilnehmenden zufriedener mit einer festen Gruppe sind. Insgesamt schätzt die fachärztliche Leitung das Mentoringprogramm unterstützender ein als die pädagogische Leitung.

Neben den Evaluationsbögen wurden die Mentees (n=21) nach einem Jahr der Teilnahme ein zweites Mal zu ihrer Weiterbildung, ihren Erfahrungen und Wünschen an das Mentoringprogramm befragt. Innerhalb des Jahres waren einige Veränderungen in der Weiterbildung zu beobachten: Fünf ÄiW haben ihren stationären Abschnitt beendet und sind in die Praxis gewechselt, drei ÄiW haben innerhalb ihrer Praxisphase den Arbeitgeber gewechselt, drei Ärztinnen sind in Mutterschutz/Elternzeit gegangen und vier der Befragten haben ihre Facharztprüfung in der Zeit erfolgreich abgelegt. Alle aufgrund von Elternzeit/Mutterschutz pausierenden Befragten (nur Frauen) sind in der ambulanten Phase ihrer Weiterbildung, da dieser Abschnitt vermutlich attraktiver für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist.

Die Befragten sind nach wie vor mit verschiedenen Aspekten in der Weiterbildung zufrieden oder unzufrieden. Unzufrieden sind sie mit der Struktur der Weiterbildung, mangelnden Fortbildungsmöglichkeiten und wenn das Verhältnis mit dem



Arbeitgeber/Team nicht gut ist. Zufrieden sind sie, wenn sie an ihrem Arbeitsplatz ein kollegiales Verhältnis zum WBE und zum Team haben, die Möglichkeit haben viel zu lernen, mit dem breiten Spektrum und der Patientenbeziehung in der allgemeinmedizinischen Praxis sowie wenn die Arbeit mit der Familienplanung gut zu vereinbaren ist.

In Bezug auf ihre Zugehörigkeit zur Allgemeinmedizin zeigen sechs ÄiW eine starke Identität als Allgemeinmediziner, zehn eine mittelstarke Identität und fünf eine eher schwache Identität als Allgemeinmediziner. Die männlichen Befragten sind etwas stärker identifiziert als ihre weiblichen Kolleginnen. Interessanterweise fühlen sich die vier Fachärzte jedoch nur mittelstark mit der Allgemeinmedizin identifiziert, und auch einige ÄiW im ambulanten Abschnitt fühlen sich noch schwach zugehörig. Ein Grund dafür könnte sein, dass mit steigendem Bewusstsein über die Aufgaben eines „fertigen“ Allgemeinmediziners die Identifikation erschwert wird. Nach eigener Aussage fühlen sich die Befragten als Allgemeinmediziner, wenn sie sich selbst als kompetent in einem breiten Spektrum an Erkrankungen im Umgang mit den Patienten erleben und wünschen sich Erfahrungen in der Praxis. Auch das Mentoring und das Seminarprogramm und damit der Austausch mit anderen ÄiW bestätigt sie in der Entscheidung zur und Identifikation mit der Weiterbildung Allgemeinmedizin und hilft ihnen, Zweifel zu überwinden. Bis auf eine Person fühlen sich alle Befragten durch das Mentoring unterstützt. Die entscheidenden unterstützenden Faktoren sind der Austausch mit Gleichgesinnten, das Besprechen von organisatorischen Fragen und einen festen Ansprechpartner bei allen Fragen und Zweifeln zu haben.

Die Erwartungen an das Mentoringprogramm sind überwiegend erfüllt oder übertroffen worden. Die Teilnehmenden sind zufrieden mit der Organisation, der Struktur der Treffen, der Gruppe, den Mentoren und den Themen. Das bestätigen ebenfalls die Ergebnisse der Evaluationsbögen. Die Möglichkeit des Eins-zu-Eins-Kontaktes nach Bedarf empfanden die Mentees als unterstützend, auch wenn nur ein knappes Drittel das Angebot in Anspruch genommen hat. An weiteren Themen für das Mentoring werden, neben den Themen ‚Vorbereitung auf die Facharztprüfung‘ und ‚Work-Life-Balance‘, der Übergang von der Klinik in die Praxis, das Thema der „guten“ Stelle und Stellenwechsel, Arbeitsbedingungen (u.a. Gehälter) und ihre Rechte und Pflichten genannt.

Die Gruppen wurden von den Mentees als harmonisch, offen, interessiert, motiviert, vertraut, kollegial, sympathisch und ungezwungen beschrieben. Zur Heterogenität der Gruppe wird sich positiv geäußert. Wie auch in den Evaluationsbögen deutlich wurde,

zeigen sich im Gruppenerleben Unterschiede in der Entwicklung der Gruppen Marburg und Frankfurt. Die Teilnehmenden der Gruppe Marburg betonen wesentlich häufiger die Bedeutung des Austausches untereinander und tendieren zu längeren und häufigeren Treffen als die Mentees der Gruppe Frankfurt. Für alle Teilnehmenden aus Marburg ist klar, dass sie weiter teilnehmen werden, während aus der Gruppe Frankfurt zwei ÄiW aufhören möchten und zwei weitere noch unschlüssig sind.

In vielen Aussagen werden Mentoring- und Seminarprogramm des Weiterbildungskollegs gemeinsam genannt. Hier wird deutlich, dass die Teilnehmenden beide Angebote als ein gemeinsames Paket wahrnehmen und nicht unbedingt zwischen den Programmen unterscheiden. Beide Angebote ergänzen und vertiefen sich und dienen der Unterstützung der ÄiW auf fachlicher und persönlicher Basis.

Aufgrund der zweimaligen Befragung der ÄiW (vor und nach einem Jahr der Teilnahme am Mentoringprogramm) können die Aussagen in fünf Aspekten (Verlauf der Weiterbildung, Zufriedenheit, Zugehörigkeitsgefühl, Unterstützungsbedarf und Erwartungen an das Mentoring) miteinander verglichen werden. Hier zeigt sich, dass sich bei fast allen Befragten innerhalb des Jahres Veränderungen in der Weiterbildung ergeben haben und sie insgesamt zufriedener sind als im Jahr zuvor. Die Zufriedenheit hängt stark von den Möglichkeiten ab, sich selbst fortzubilden und zu lernen. Die Erwartungen an das Mentoring wurden, im Vergleich zu einem Jahr zuvor, erfüllt oder übertroffen. Nicht alle, aber einige Befragte fühlen sich nach dem Jahr stärker mit der Allgemeinmedizin identifiziert. Die Veränderung wurde vor allem durch Erfahrungen in der Praxis, aber auch durch das Mentoring gefördert. Das Mentoring, insbesondere die Zugehörigkeit zur Gruppe, hilft ihnen, bei Zweifeln mit der Weiterbildung den Kontakt zur Allgemeinmedizin nicht zu verlieren.

In Bezug auf den Unterstützungsbedarf formulieren zum ersten Interviewzeitpunkt etwa zwei Drittel einen Bedarf. Das weitere Drittel benennt keinen Bedarf, da sie eine gute Weiterbildungsstelle haben, sich eine Unterstützung nicht vorstellen können oder das System für unveränderlich halten. Dadurch, dass die Wünsche und der Bedarf der ÄiW berücksichtigt wurden, gelang es für diese Kohorte ein Angebot zu gestalten, das die ÄiW unterstützt. Nach einem Jahr der Teilnahme fühlen sich fast alle – unabhängig davon, ob sie im Vorfeld einen Bedarf formuliert haben oder nicht – durch das Mentoring unterstützt. Unterstützende Faktoren sind der Austausch mit anderen ÄiW, die Mentoren als feste Ansprechpartner zu haben und die Beantwortung von organisatorischen Fragen.

Mittels Typenbildung, die auf Ergebnisse beider Interviews aufbaut, wurden vier Typen ermittelt, die unterschiedlich stark vom Mentoringprogramm profitierten. Am stärksten profitieren Teilnehmende der Gruppe Marburg, die einen Bedarf an Unterstützung formulierten und diesen durch die Gruppe erfahren haben. Sie bilden den WIR-orientierten Typus. Demgegenüber steht der männliche Teilnehmer der Gruppe Frankfurt, der seinen Weiterbildungsweg bereits gut organisiert hat und zufrieden mit seiner aktuellen Stelle ist. Er repräsentiert den ICH-orientierten Typus, der die Gruppe durch seine Erfahrung und seine Sicherheit bereichert und der dadurch eine Ich-Stärkung erfährt. Dazwischen sind ÄiW des ICH/WIR-orientierten Typus, die im Laufe ihrer Weiterbildung Phasen der Unzufriedenheit und Unsicherheiten mit der Entscheidung Allgemeinmedizin erlebt hatten und die den Balanceakt zwischen Familie und Beruf versuchen. Sie haben einen Bedarf an Unterstützung und profitieren vom Mentoring. Am wenigsten profitieren die Teilnehmenden, die sehr stark ES-orientiert sind. Es sind überwiegend weibliche Teilnehmerinnen der Gruppe Frankfurt, die eher unzufrieden mit ihrer Stelle und schwach mit der Allgemeinmedizin identifiziert sind. Sie fühlen sich als Außenseiter in der Gruppe und versuchen daher Sicherheit durch die Beantwortung von fachlichen und organisatorischen Fragen zu gewinnen.

Wie in den Evaluationsbögen wird auch in der Typenbildung deutlich, dass der überwiegende Teil vom Mentoring profitiert und sich unterstützt fühlt. Die Unterstützung durch das angebotene Mentoring gelingt am besten, wenn sich die ÄiW der Gruppe zugehörig fühlen.

### **6.5.2 Interpretation der Ergebnisse anhand der TZI**

Zur Bewältigung ihrer Weiterbildung mit dem Ziel der abschließenden Facharztprüfung stehen den einzelnen ÄiW unterschiedliche Ressourcen (z.B. Kollegen, Familie, Erfahrungen) zur Verfügung und sie haben bereits unterschiedliche Teilziele (Weiterbildungsabschnitte) erreicht. Das Gruppenmentoring scheint eine weitere Ressource für die Teilnehmenden geworden zu sein. Insbesondere der Austausch mit anderen ÄiW, die an ganz unterschiedlichen Phasen ihrer Weiterbildung stehen, und der Kontakt zu festen Ansprechpartnern bei allen Fragen unterstützen sie in ihrem eigenen Berufsweg. Das Konzept der partizipierenden Leitung ist insbesondere im Kontext des Mentoring von Bedeutung. Hierbei bringt sich der Mentor mit seinen persönlichen Erfahrungen ein und steht damit im Sinne von Lernen am Modell den ÄiW zur Verfügung. In dem vorgestellten Konzept besteht die Leitung aus zwei Personen: Einem fachärztlichen Mentor und einer

pädagogischen Leitung. Die pädagogische Leitung ist hauptverantwortlich für die Organisation der Treffen, die Vorbereitung der Themen und insbesondere für die Auswahl der Strukturen der Gruppentreffen. Insbesondere profitieren die ÄiW von den Eingangsrunden, in der alle Mentees von sich berichten können. Eine solche Strukturierung der Treffen wurde positiv von den ÄiW gewertet und ist ein wichtiger Faktor, um den Austausch zu ermöglichen und ein Gruppenzugehörigkeitsgefühl entstehen zu lassen. Gerade der strukturierte Austausch ist ein zentraler Punkt, damit die ÄiW vom Mentoring profitieren. Ein weiteres Merkmal der Gruppen, das von den Teilnehmenden wertschätzend hervorgehoben wird, ist deren Heterogenität. Die Mischung aus ÄiW, die zu Beginn, in der Mitte und am Ende ihrer Weiterbildung stehen und sich somit mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert sehen, ermöglicht den ÄiW ein Lernen von- und miteinander. Gleichzeitig ist die Integration der verschiedenen Ansprüche der ÄiW seitens der Leitung eine große Herausforderung. Gelingt die Integration einiger Ärzte nicht, schwächt dies das WIR-Gefühl der gesamten Gruppe. Gelingt die Integration aller Mentees, so profitiert die ganze Gruppe von den unterschiedlichen Ansichten und Erfahrungen der ÄiW. Hier wird deutlich, dass es pädagogische Kompetenz in der Gruppenleitung braucht, um ein offenes Gespräch zu ermöglichen, das gleichzeitig Strukturen und Inhalte enthält. Mit dieser pädagogischen Intervention zur Stärkung des Einzelnen im Gruppengefüge (WIR) und dem allgemeinmedizinisch-fachärztlichen Mentor als Vorbild können die Mentees in ihrer Berufswahl und den dazugehörigen Entscheidungen gestärkt werden (ICH), ohne dass der Fokus auf die Facharztprüfung und die eigene Niederlassung oder alternative Zukunftsperspektiven (ES) verloren gehen. Diese ICH-Stärkung im Sinne des chairperson-Postulats der TZI ist ein wichtiger Faktor zu mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Im Austausch mit anderen über die von der Leitung gewählten Themen in einer wertschätzenden Gruppenatmosphäre, wird den Teilnehmenden die Chance gegeben, sich ihrer Wünsche, Bedürfnisse und von außen an sie gestellten Anforderungen bewusst zu werden, sich dazu zu positionieren und zu agieren.

Spannend ist der unterschiedliche Verlauf beider Gruppen aus der Perspektive der TZI: Nach einem Jahr der Teilnahme hat sich in der Gruppe Marburg ein starkes Gruppenzugehörigkeitsgefühl entwickelt, die Teilnehmenden profitieren von dem Austausch mit den anderen ÄiW und fühlen sich unterstützt. Etwas weniger unterstützt fühlen sich die Teilnehmenden der Gruppe Frankfurt. Die ÄiW fühlen sich weniger der Gruppe zugehörig und sind stärker ICH- und ES-orientiert. Dies zeigt sich in der Wahl der

Themen und spiegelt sich auch in den Typen wider. Gleichzeitig zeigt die Typenbildung, dass die Teilnehmenden deutlich mehr profitieren, die ein Gruppenzugehörigkeitsgefühl entwickelt haben. Nach TZI lässt sich in der Gruppe Frankfurt eine „ICH/ES-Dysbalance“ feststellen. Im Sinne der Dynamischen Balance ist es wichtig, alle Faktoren zu integrieren, sodass sich die Frage stellt, wie durch die Wahl von Themen und Strukturen das WIR gestärkt werden kann. Die Gruppe Marburg hingegen ist sehr WIR-orientiert und profitiert dadurch stark. Mit Blick auf den weiteren Gruppenprozess sollte die Leitung bei dieser Gruppe im Blick behalten, dass die Gruppe nicht in ihrer Gruppenharmonie „versumpft“ und das ICH und ES mehr angesprochen werden kann.

In der Reflexion des Gruppenprozesses fällt auf, dass die Teilnehmenden der Gruppe Frankfurt nicht nur untereinander schwerer in Kontakt traten, sondern auch häufiger weniger zufrieden mit der Leitung waren. Diejenigen, die weniger Beziehungen aufbauen konnten (hauptsächlich ÄiW des ES-Typus) verlängerten ihre Teilnahme am Mentoringprogramm nicht. Außerdem zeigen die Evaluationsbögen, dass sich die Teilnehmenden der Gruppe Frankfurt im zweiten Jahr weniger gut unterstützt fühlten. Dies kann daran liegen, dass etwa die Hälfte der ÄiW der Gruppe Frankfurt ihre Teilnahme am Mentoring nach einem Jahr beendete und die frei werdenden Plätze mit neuen Mentees aufgefüllt wurden. Der Wechsel in den Teilnehmenden erschwert die Bildung eines WIR-Gefühls. Der direkte globale der Treffen wird sowohl in den Interviews als auch in den Evaluationsbögen abgefragt. Die Teilnehmenden sind mit dem zeitlichen und räumlichen Rahmen zufrieden. Doch auch hier zeigt sich das stärkere WIR-Gefühl der Gruppe Marburg: Tendenziell wünschen sich die ÄiW dieser Gruppe häufigere und längere Treffen.

Die unterschiedliche Fokussierung beider Gruppen zeigte sich bereits von Anfang an in der Themenwahl. Die ersten drei Sitzungen beinhalteten das gleiche Thema, anschließend wählte die Gruppe Marburg ein starkes ICH/WIR-Thema (Vereinbarkeit von Familie und Beruf), das das Bedürfnis der Gruppe nach Harmonie ausdrückt. Gruppe Frankfurt wählte ein ES-Thema (Vorbereitung auf die Facharztprüfung), hier könnte als Grundgefühl die Angst vor der Prüfung mit dem Bedürfnis nach Sicherheit dahinter stehen, das durch das Wissen um die Prüfungssituation befriedigt werden soll. Diese unterschiedliche Fokussierung wurde schon im ersten Interview deutlich: Die Befragten der Gruppe Marburg tendierten alle zu einem Gruppenmentoring und betonten die Wichtigkeit des Austausches untereinander, während aus der Gruppe Frankfurt einige Teilnehmende ein Einzelmentoring präferierten. Zugespitzt kann man sagen, dass in der Gruppe Marburg

von vorneherein ein größeres miteinander verbunden mit niedrigeren Erwartungen an die Leitung herrschte. Mit dieser unterschiedlichen Ausrichtung haben sich beide Gruppen in die entsprechenden Richtungen weiterentwickelt. Dabei wirkten auf den ersten Blick beide Gruppen sehr ähnlich. Beide Gruppen sind ähnlich heterogen bezüglich Alter, Geschlecht, Stand der Weiterbildung und im Verhältnis von ÄiW mit und ohne Kinder. Auf den zweiten Blick fallen in der Gruppe Frankfurt diverse Personen auf, die aus der „typischen“ Arzt in Weiterbildung-Rolle herausfallen (eine Person ist wesentlich älter als ihre Kollegen, eine Ärztin weniger kompetent in der deutschen Sprache, eine andere hat einen extrem langen Fahrtweg und eine weitere Person hat einen sehr komplizierten Berufsweg hinter sich). Außerdem eint die jeweiligen Gruppenteilnehmer die Region (ihr globe), aus der sie kommen. Die Teilnehmenden der Gruppe Marburg stammen aus Marburg und Umfeld, also einer eher ländlich geprägten Region. Viele arbeiten in kleinen Krankenhäusern, mehrere ÄiW arbeiten in Praxen im ländlichen Raum und einige kannten sich bereits vor der Teilnahme am Mentoringprogramm. Die meisten dieser Gruppe können sich auch eine Niederlassung in einer Praxis auf dem Land oder in einer Kleinstadt vorstellen. Die ÄiW der Frankfurter Gruppe stammen überwiegend aus Frankfurt und der Umgebung, arbeiten in Stadtpraxen oder großen Kliniken und möchten sich auch dort niederlassen. Der ländliche globe, geprägt von Ruhe und auch von großer Wertschätzung gegenüber ihrem Hausarzt, unterscheidet sich von der Stadt, in der es (auch in der Arztpraxis) anonym und hektischer zugeht. Bereits die Anfahrt zum Treffpunkt in Frankfurt ist stressiger, viele Teilnehmer kommen häufig zu spät, selten konnte pünktlich mit allen begonnen werden. In Marburg ist zwar ein Auto für die Fahrt notwendig, die Hinfahrt durch den Wald mit ausreichend Parkplätzen vor dem Haus jedoch wesentlich entspannter (und eine Teilnehmerin, die mit dem Zug anreist, wird von einer anderen Teilnehmerin regelmäßig am Bahnhof eingesammelt). Auch die Gruppenleiter hatten (aus Frankfurt kommend) jeweils eine Stunde Fahrtweg nach Marburg und bereiteten sich dadurch gedanklich ruhiger auf die Gruppe vor. Die Treffen der Gruppe Frankfurt finden schräg gegenüber des Büros der Gruppenleitung statt und somit standen bis kurz vor Sitzungsbeginn noch andere Termine und Themen an.

Hier stellt sich die Frage, ob der regionale globe einen stärkeren Einfluss hat als die gemeinsame Arztkultur, der alle Teilnehmenden angehören. Doch auch die Arztkultur kann regional geprägt sein. Die Gruppe Marburg scheint sich stärker mit dem Hausarzt, als Arzt mit eigener Praxis und festem Patientenstamm, der im Dorf bekannt ist, zu identifizieren. Sie wissen, dass man sich untereinander kennt, füreinander da ist, haben die

Wertschätzung und Anerkennung ihrer Patienten. Gleichzeitig sind ihnen ihre eigene Familie und ihre Freizeit (daher das gewählte Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“) wichtig. Die Gruppe Frankfurt repräsentiert eher den Arzt als angesehenen und erfolgreicher Unternehmer. Sie wollen wissen, welche Hindernisse auf sie zu kommen und wie diese zu bewältigen sind.

In der Analyse der Daten wird die bereits zu Beginn sich ankündigende Dysbalance deutlich. Da die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmenden, die ein stärkeres WIR-Gefühl entwickeln, mehr vom Mentoringprogramm profitieren, ist das Ziel, am Rande des Gruppengeschehens stehende Teilnehmende besser in die Gruppe zu integrieren und das Gruppengefühl in den Mentoringgruppen zu stärken.

Im Sinne der TZI dienen Themenwahl und die Setzung von Strukturen zur Steuerung der Dynamischen Balance. Hier könnte es in der Gruppe Frankfurt sinnvoll sein, Themen zu wählen, die stärker WIR-orientiert sind, Kleingruppenarbeiten zu integrieren und den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, sich zu öffnen. Bedeutend ist dabei – im Sinne der partizipierenden Leitung – wie stark die Gruppenleiter bereit sind, sich mit ihrer Person selektiv authentisch darzustellen, von ihren Erfahrungen zu berichten und als Personen greifbar zu werden. Ihre Mitteilbarkeit beeinflusst das Erzählverhalten der Teilnehmenden. Die Leitung bestimmt gewissermaßen die Offenheit einer Gruppenkultur maßgeblich mit. Der Gruppenprozess bleibt demnach dynamisch und damit wird deutlich, dass auch die Zuordnung eines AiW zu einem Typus nicht fest, sondern wandelbar ist. Die Typenzugehörigkeit kann sich verändern, beispielsweise, wenn durch eine veränderte Gruppendynamik der Einzelne ein stärkeres Gruppenzugehörigkeitsgefühl entwickelt oder wenn sich bedingt durch äußere Einflüsse, z.B. einen Stellenwechsel, der Unterstützungsbedarf vergrößert.

### **6.5.3 Stärken und Schwächen der Post-Evaluation**

Eine Stärke des Evaluationsbogens ist, dass dieser durchweg an alle Teilnehmenden der Gruppentreffen ausgegeben und vor Ort ausgefüllt wurde. Dadurch ist hier ein hundertprozentiger Rücklauf möglich. Außerdem wurden beide Perspektiven, die der Gruppenleitung und der Teilnehmenden, abgefragt. Einige Items sind ähnlich, sodass die Ansichten zum direkten Vergleich stehen. Kritisch anzumerken ist, dass die Hälfte die Bögen der Mentoren zur Hälfte von der pädagogischen Leitung stammen, die gleichzeitig Autorin der Arbeit ist. Ihr Antwortverhalten deckt sich überwiegend mit den Angaben der

ärztlichen Leitung, allerdings wird deutlich, dass die pädagogische Leitung insbesondere die Frage, wie stark die Mentees unterstützt werden, signifikant schlechter einschätzt. Hier könnte ein leichter Bias vorliegen. Durch die Teilnehmenden wurde zurückgemeldet, dass sie einige Items, wie die Einschätzung des räumlichen und zeitlichen Rahmens, als unnötig für ein wiederholtes Abfragen nach jedem Treffen fanden. Solche Angaben würden auch zu einem Treffen genügen. Diese Anregung wird im kommenden Verlauf berücksichtigt. In der vorliegenden Arbeit wurden die Evaluationsbögen aus zwei Jahrgängen und zwei Gruppen analysiert. Aufschlussreich wäre weiterhin ein Vergleich mit weiteren Mentoringgruppen und den gleichen Gruppen über einen längeren Zeitraum.

Auch am Interview nahmen 21 von 23 Befragten aus dem Vorjahr nach einem Jahr der Teilnahme erneut teil. Durch die hohe Anzahl an Zweimal-Befragten ist eine erste Längsschnittanalyse möglich. Hier wäre eine Analyse über weitere Jahre interessant. Leider konnten zwei ÄiW trotz mehrfach versuchter Kontaktaufnahme nur einmal befragt werden. Diese beiden Personen nahmen jeweils an nur einem Treffen der Mentoringgruppe teil und es wäre besonders interessant gewesen, aus welchen Gründen sie nicht weiter teilnehmen wollten/konnten. Auch konnten diese beiden Fälle dadurch nicht in der Typenbildung berücksichtigt werden. Ebenfalls konnten die Ergebnisse der Evaluationsbögen nicht in die Typenbildung einfließen, da diese anonym ausgefüllt wurden und den einzelnen Fällen nicht zuzuordnen waren.

Ein möglicher Bias im Interview könnte die Beziehung als Gruppenleitung/Mentee zwischen Interviewerin und Befragten sein. Hier besteht die Gefahr, dass der Mentee Kritik zurückhält. Gleichzeitig ermöglicht das bestehende Vertrauensverhältnis eine Offenheit, die einer fremden Person gegenüber weniger möglich ist. In Kapitel 3.3 wurde die Doppelrolle der Leitung bereits ausführlich reflektiert. Dadurch, dass die Ergebnisse der anonymen Evaluationsbögen die Ergebnisse bestätigen, ist davon auszugehen, dass auch die Interviews nicht positiv verzerrt wurden. Gleichzeitig besteht bei der Auswertung der Interviews die Gefahr, dass Aussagen subjektiv wahrgenommen werden dadurch, dass der Interviewerin und Auswerterin die Interviewpartner bekannt sind. Um dem vorzubeugen, wurden ein Drittel der Interviews parallel mit einer Hilfskraft codiert und kritische Textstellen nochmals besprochen.

Ähnlich wurde bei der Typenbildung verfahren. Auch hier wurden die Typen in Diskussion mit weiteren Personen besprochen, um einem möglichen Subjektivitäts-Bias entgegenzuwirken. Die Typenbildung, bestehend aus allen 21 Fällen der ÄiW, die zu beiden Interviewzeitpunkten befragt wurden, geben konkrete Ansatzpunkte für den Erfolg und die



weitere Gestaltung vom Mentoringprogramm, sind aber nicht auf eine Gesamtheit übertragbar. Es ist durchaus möglich, dass in der Realität weitere Typen existieren. Außerdem beeinflusst die Typen ihre gemachte Gruppenerfahrung. Eine Typenbildung mit Mentees aus anderen Gruppen könnte zu anderen Typen führen.

Eine besondere Stärke der Evaluation ist der *Mixed-Methods*-Ansatz. Die Intervention konnte an zwei verschiedenen Gruppen mittels zweier Erhebungsmethoden überprüft werden. Die qualitativen Daten erklären die quantitativen Daten der Evaluationsbögen. Mit der Typenbildung wird darüber hinaus besonders deutlich, was sich in den Ergebnissen der Evaluationsbögen zuvor nur andeutete. Außerdem konnten durch den Vergleich beider Gruppen Ergebnisse gewonnen werden, die mittels Analyse nur einer Gruppe wesentlich weniger aufschlussreich gewesen wären.

#### **6.5.4 Zwischenfazit zur Post-Evaluation**

Die in der Post-Evaluation dargestellten Ergebnisse geben eine Antwort auf den letzten Teil der Fragestellung:

- ob die aus der Bedarfsanalyse konzipierte Intervention unterstützend wirkt
- und welche ÄiW besonders oder weniger stark von dem Unterstützungsangebot profitieren.

Sowohl die Evaluationsbögen als auch die Interviews zeigen, dass sich die ÄiW durch das für sie konzipierte Gruppenmentoringprogramm mit Einzelmentoring nach Bedarf unterstützt fühlen. Das Mentoring hilft ihnen bei der Beantwortung von organisatorischen Fragen. Darüber hinaus wirkt der Austausch mit anderen ÄiW und das Gefühl, die Mentoren als feste Ansprechpartner zu haben, als unterstützend – auch in Phasen des Zweifels an der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Neben den gemachten Erfahrungen in der Hausarztpraxis ist auch das Mentoring ein Stück weit identitätsfördernd. Insbesondere profitieren ÄiW, die einen Unterstützungsbedarf zum Beispiel aufgrund von Unzufriedenheit in ihrer Stelle haben und durch das Mentoring ein starkes Gruppenzugehörigkeitsgefühl entwickeln konnten. Weniger profitieren Mentees, die sehr sachorientiert sind und sich als Außenseiter der Gruppe fühlen. Daher ist es Aufgabe der Leitung, eine Integration aller ÄiW in die Gruppe zu ermöglichen und in ein WIR-Gefühl zu investieren.

## 7. Diskussion

*Mentoring ist immer dann gut oder erfolgreich, wenn man sich als Teil von ner Gruppe wahrnimmt und dann innerhalb dieser Gruppe interagiert und auch austauschen kann. Und dahin führen, ja, total viele Wege, ne. (MR\N01\_2013: 62)*

Dem sich zuspitzenden Hausarztmangel wird auf unterschiedlichen Ebenen entgegengewirkt. In Hessen kommen seit dem Jahr 2012 verschiedene Akteure der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, darunter die allgemeinmedizinischen Abteilungen der Universitäten Frankfurt am Main und Marburg, mit Vertretern des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration zusammen, um gemeinsam Lösungsansätze für dieses Problem zu finden. Ein Lösungsansatz besteht in der Gestaltung einer attraktiveren Weiterbildung. Einen Baustein dafür bildet das der Arbeit zugrundeliegende Mentoringprogramm. Ziel war und ist die Unterstützung von ÄiW auf ihrem Weiterbildungsweg bis in die allgemeinmedizinische Niederlassung. Dafür wurde – nach einem Einblick in die Hintergründe, Forschungsdesign und Theorien zur Einbettung in die Erziehungswissenschaft, zum Mentoring und zum TZI-Gruppenkonzept (siehe Kapitel 1, 2 und 3) – in Kapitel 4 der Unterstützungsbedarf der ÄiW mittels Fragebögen und Interviews erhoben, daran orientiert eine Intervention gestaltet (Kapitel 4) und diese Intervention mittels Evaluationsbögen und Interviews überprüft (Kapitel 6).

Die zu Beginn formulierte und der Arbeit zugrunde liegende Fragestellung lautet:

- ob von ÄiW Allgemeinmedizin ein Bedarf an Unterstützung während ihrer Weiterbildungszeit besteht,
- wie eine Unterstützung entsprechend der Bedürfnisse und Wünsche der zukünftigen Allgemeinmediziner aussehen sollte,
- ob die aus der Bedarfsanalyse konzipierte Intervention unterstützend wirkt
- und welche ÄiW besonders oder weniger stark von dem Unterstützungsangebot profitieren.

Zur Beantwortung dieser Fragestellung liegt der gesamten Arbeit ein komplexes *Mixed-Methods*-Design zugrunde, das umfangreiche Ergebnisse und eine möglichst zuverlässige Interpretation der Resultate ermöglichen soll. Die ersten beiden Teile der Fragestellung werden durch die Ergebnisse der Pre-Evaluation (Bedarfsanalyse) beantwortet: Die Analyse der Literaturrecherche, beider Fragebogenerhebungen und der Interviews zeigen, dass angehende Allgemeinmediziner einen Unterstützungsbedarf haben. Sie suchen den Austausch mit anderen ÄiW, die ebenfalls den Facharzt für Allgemeinmedizin anstreben,

und brauchen einen festen Ansprechpartner, der ihnen bei Zweifeln und allen Fragen rund um die Weiterbildung zur Seite steht. Sie äußern den Wunsch nach regelmäßigen Treffen in einer festen Gruppe, in der Themen rund um die Organisation der Weiterbildung und zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung besprochen werden. Aus diesen formulierten Wünschen wurde ein Gruppenmentoringprogramm entwickelt und in einer einjährigen Pilotierungsphase an zwei Gruppen (Gruppe Marburg und Gruppe Frankfurt mit je vier Treffen pro Jahr) überprüft.

Der dritte und vierte Teil der Fragestellung kann aufgrund der Post-Evaluation dieser Intervention beantwortet werden. Sowohl die anonymisierten Evaluationsbögen als auch die Interviews zum zweiten Befragungszeitpunkt belegen, dass die ÄiW sich durch das angebotene Programm unterstützt fühlen. Sie sind in Bezug auf organisatorische Fragen besser informiert. Der regelmäßige Austausch mit anderen ÄiW und den Mentoren unterstützt die Identifizierung mit der Allgemeinmedizin und hilft den Mentees auch in Phasen des Zweifelns an der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Auf die qualitative Inhaltsanalyse baut die Typenbildung auf. Hierbei konnte nochmals genauer gezeigt werden, wer besonders oder weniger stark vom angebotenen Mentoring profitiert. Es wurden vier Typen gebildet (der WIR-orientierte, der ICH-orientierte, der ICH/WIR-orientierte und der ES-orientierte Typus), die sich in unterschiedlicher Stärke und auf unterschiedliche Weise von dem Mentoring unterstützt fühlen. Insbesondere profitieren ÄiW, die unzufrieden mit ihrer aktuellen Weiterbildungssituation sind und ein starkes Gruppenzugehörigkeitsgefühl in ihrer Mentoringgruppe entwickeln konnten. Am wenigsten profitieren ÄiW, die sich nicht der Gruppe zugehörig fühlen und sehr sachorientiert sind.

Im Vergleich der beiden Mentoringgruppen wird deutlich, dass die Teilnehmenden der Gruppe Marburg ein stärkeres Gruppenzugehörigkeitsgefühl entwickelten und dadurch mehr von dem Programm profitierten als die Mentees der Gruppe Frankfurt. Diese unterschiedlichen Gruppenprozesse wurden im Sinne der TZI interpretiert.

Weiterhin lagen dem Mentoringprogramm verschiedene Ziele zugrunde (siehe Kapitel 5.1):

- Die Gestaltung einer attraktiven Weiterbildung Allgemeinmedizin zur Nachwuchsgewinnung,
- Unterstützung der ÄiW in ihrer beruflichen Entwicklung und Professionalisierung sowie
- Stärkung des Identifikationsgefühls als Allgemeinmediziner.

Es konnte deutlich gezeigt werden, dass die befragten ÄiW in ihrem beruflichen Werdegang durch das Mentoringprogramm unterstützt wurden. Auch fühlen sie sich nach einem Jahr der Teilnahme am Mentoring stärker der Allgemeinmedizin zugehörig und sind zufriedener, aber auch anspruchsvoller als im Jahr zuvor. Das Mentoringprogramm in Kombination mit dem zum WBK gehörigen Seminarprogramm wird von den ÄiW als sehr bereichernd empfunden und positiv bewertet. Daraus lässt sich schließen, dass die Weiterbildung für die teilnehmenden ÄiW attraktiver wurde. Ob das Mentoringprogramm oder das gesamte Angebot der Kompetenzzentren zur Nachwuchsgewinnung beitragen kann, können die hier vorliegenden Ergebnisse nicht beantworten. Dafür ist es notwendig die Kohorte noch weitere Jahre zu beobachten. Steigende Zahlen in den Abschlüssen der Facharztprüfung brauchen mindestens fünf oder mehr Jahre (bei einer durchschnittlichen Weiterbildungszeit von 8,5 Jahren Huenges et al. 2010), um nachgewiesen werden zu können. Aus gesellschaftlicher Perspektive ist es wünschenswert, dass sehr lange Weiterbildungszeiten verkürzt werden und sich die angehenden Hausärzte zeitnah in die eigene Niederlassung begeben. Das Mentoringangebot kann dies unterstützen, in dem durch die Mentoren und den Austausch der ÄiW frühzeitig Informationen zur WBO und zu erbringende Leistungen gegeben werden, um unnötige Rotationen in andere Fachgebiete und Leerphasen aufgrund von Stellenwechsel zu vermeiden. Außerdem werden Informationen zu Formalien der Facharztprüfung und zu WBV vermittelt und bei Zweifeln die ÄiW unterstützt. Auf der anderen Seite wird durch die Einblicke in die Lebenswelt der befragten ÄiW deutlich, dass diese ein hohes Interesse an den Inhalten der Allgemeinmedizin, aber auch an der Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf haben. Diese Vereinbarkeit ist einer der Hauptgründe in der Entscheidung für die Allgemeinmedizin. In der Auswertung wird auch deutlich, dass die Weiterbildungszeit von vielen Ärztinnen (70% der Befragten sind weiblich) für Familienplanung genutzt wird. Daraus resultierende Pausen in der Weiterbildungszeit mit anschließender Teilzeitarbeit ergeben zwangsläufig längere Weiterbildungszeiten. Ein Mentoringtreffen der Gruppe Marburg widmete sich dem Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Es wurde klar, welchen Herausforderungen die ÄiW mit Kindern ausgesetzt sind. An dieser Stelle stellt sich das Mentoring zweier widersprüchlicher Ziele: Zum einen die Erfüllung gesellschaftlicher Ansprüche und der Versuch, die ÄiW ohne Unterbrechungen durch die Weiterbildungszeit und zeitnah in die Niederlassung zu bringen. Auf der anderen Seite stehen die Wünsche der ÄiW nach einem Ausgleich zwischen Familie und Beruf und der

Notwendigkeit von Pausen und Teilzeitarbeiten sowie späterer Anstellung in einer Praxis, um den Balanceakt zwischen dem Arztberuf und der eigenen Familie zu bewältigen.

Ein wichtiger Aspekt in der gesamten Interpretation der Ergebnisse ist, dass die ÄiW nicht nur am Mentoringprogramm, sondern ebenso am Seminarprogramm des WBK Hessens teilnahmen. In einigen Interviewaussagen wird deutlich, dass die ÄiW beide Angebote als Gesamtpaket wahrnehmen und nicht immer zwischen beiden Programmen unterscheiden. Es ist davon auszugehen, dass der Erfolg des Mentoringprogramms auch der Kombination mit den Seminaren zu verdanken ist. Das Mentoringprogramm lässt sich nicht isoliert von diesem evaluieren.

Außerdem ist zu beachten, dass die Stichprobe der Interviews und Evaluationsbögen aus 23 ÄiW besteht und die vorliegenden Ergebnisse überwiegend qualitativer Art sind. Sie geben einen guten Einblick in die Lebenswelt der ÄiW mit ihren Wünschen und Bedürfnissen. Die darauf aufbauende Typenbildung fasst die Fälle zu vier anschaulichen Typen zusammen. Die Ergebnisse sind jedoch nicht quantifizierbar und auf die Gesamtheit der ÄiW Allgemeinmedizin übertragbar. Es zeigt sich ein Trend, der in der Realität durchaus durch weitere oder andere Wünsche an ein Unterstützungsangebot oder Typen von Mentees ergänzt werden könnte.

Für die Zukunft zeichnen sich wichtige Aspekte ab, auf die in der Planung und Organisation des Mentoringprogramms und der Mentoringtreffen zu achten ist:

- Zum Status quo zeigt die Typenbildung, dass die Teilnehmenden mehr profitieren, die ein stärkeres Gruppenzugehörigkeitsgefühl entwickelt haben. Die Zuordnung zu den Typen ist jedoch nicht festgelegt und lässt sich nur bedingt im Vorfeld bestimmen. Vielmehr ist die Zuordnung von Lebens- und Bedürfnislagen sowie der Gruppenerfahrung abhängig. Daher hat die Gruppenleitung zur Aufgabe, im Hinblick auf das Vier-Faktoren-Modell, durch die Wahl von den Themen und Strukturen unter Beachtung des globalen WIR-Gefühl zu stärken, ohne dass die Faktoren ICH und ES zu kurz kommen. Um vom Mentoring zu profitieren, sollten möglichst alle Teilnehmenden in das Gruppengeschehen integriert und ein Gruppenzugehörigkeitsgefühl gestärkt werden. Unter Umständen können oder wollen einzelne Teilnehmende sich nicht der Gruppe zugehörig fühlen. Ihnen kann das Mentoring nach Bedarf durch die Mentoren oder die reine Teilnahme am Seminarprogramm angeboten werden.

- Um diese Gruppenprozesse reflektieren und beeinflussen zu können, braucht es gewisse Kompetenzen in der Gruppenleitung. Damit dies gelingt und gleichzeitig die fachlichen Inhalte nicht zu kurz kommen, ist die doppelte Leitung, bestehend aus einem Pädagogen und einem Facharzt für Allgemeinmedizin, besonders sinnvoll und empfehlenswert.
- Darüber hinaus sollten alle Mentoren (die als erfahrene Fachärzte für Allgemeinmedizin nicht zwangsläufig über pädagogische Erfahrungen verfügen) in Grundlagen der Gruppenleitung (beispielsweise der TZI) geschult werden. Die Inhalte der Mentoringtreffen und die Erwartungen der Mentees an ihre Mentoren, beziehungsweise ihre Einschätzung zu den Mentoren zum zweiten Interviewzeitpunkt, liefern Ergebnisse für die Vorbereitung von Mentoren auf ihre Tätigkeit. Die Planung von Inhalten und Rahmenbedingungen einer Schulung für Mentoren sowie deren Durchführung sind ein weiterer Schritt in die Professionalisierung des Mentoringprogramms. Auch hierbei ist die Einbeziehung von Pädagogen sinnvoll.
- Um auch weiterhin ein am Bedarf orientiertes Programm zu gestalten und dynamische Gruppenprozesse im Blick zu behalten, ist auch in Zukunft eine formative Evaluation notwendig.

Darüber hinaus werden Aspekte sichtbar, an denen Folgeforschungen ansetzen könnten:

- Möglicherweise unterstützt das Mentoringprogramm noch unentschlossene Studierende oder junge Ärzte in ihrem Wunsch Allgemeinmediziner zu werden und trägt somit aktiv zur Nachwuchsgewinnung an Fachärzten für Allgemeinmedizin bei. Um herauszufinden, ob das Programm bereits potentiell an der Allgemeinmedizin interessierte Studierende anspricht und in ihrer Entscheidungsfindung zur Weiterbildung Allgemeinmedizin unterstützt, ist eine Befragung von Medizinstudierenden sinnvoll.
- Das Programm wurde zwar an zwei verschiedenen Gruppen, jedoch nur über den Zeitraum von zwei Jahren evaluiert. In folgenden Jahren wird sich zeigen, ob das Programm auch ÄiW während ihrer gesamten Weiterbildungsdauer von mindestens fünf Jahren unterstützen kann, welche Themen im Laufe des Gruppenprozesses wichtig werden, inwiefern sie sich ändern oder wiederholen.
- Auch werden über Hessen verteilt weitere Gruppen mit neuen Mentoren entstehen. Eine vergleichende Evaluation von mehr als zwei Gruppen mit unterschiedlichen

Mentoren kann neue Ergebnisse über Gruppenprozesse und vor allem über die Rolle der Mentoren deutlich machen.

- Hierbei ist es weiterhin interessant herauszufinden, welche Motivation erfahrene Allgemeinmediziner haben, als Mentor tätig zu werden und auf welche Art und Weise sie von dieser Tätigkeit profitieren. Diese Ergebnisse sind ebenfalls relevant für die Planung und Durchführung von Schulungen speziell für Mentoren in einem Gruppenmentoring für ÄiW Allgemeinmedizin.
- Bislang kann nicht gezeigt werden, dass die Teilnahme am Mentoring bzw. am WBK Hessen zu kürzeren Weiterbildungszeiten, mehr Abschlüssen im Fach Allgemeinmedizin und einem Anstieg an Niederlassungen führt. Zur nachhaltigen Legitimierung und dadurch Finanzierung des Programms ist eine Längsschnittuntersuchung über mindestens zehn Jahre notwendig. Im Idealfall sollten ÄiW, die am WBK teilnehmen, mit ÄiW, die nicht am WBK teilnehmen, verglichen werden.
- Ebenso wenig kann durch die vorliegenden Daten empirisch überprüft werden, ob die Teilnahme am WBK zu weniger Abbrüchen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung führt. Die Aussagen der Befragten weisen darauf hin, dass das Mentoring bei Zweifeln unterstützend wirkt und sie sich stärker mit dem Fach identifizieren. Ob hier ein Selektionseffekt vorliegt oder tatsächlich bei Teilnehmenden des WBK weniger Abbrüche zu erwarten sind, kann aufgrund mangelnder Vergleichszahlen nicht überprüft werden.
- Ein weiteres Folgeziel dieser Arbeit kann die Erarbeitung eines allgemeingültigen Leitfadens für Mentoringprogramme in der Weiterbildung Allgemeinmedizin mit Definition der wichtigsten Rahmenbedingungen und Inhalte sein, damit eine Übertragbarkeit möglich ist. Bei der Übernahme des Konzeptes auf andere Standorte (z.B. andere Bundesländer) sind deren institutionelle und regionale Rahmenbedingungen zu beachten. Eine Kombination mit einem Seminarprogramm ist sinnvoll, um eine möglichst breite Unterstützung für ÄiW anzubieten.

## 8. Fazit

*Also ich möchte ansprechen, dass ich das sehr toll finde, dass ihr das macht. Und dass ich wirklich schon davon profitiert habe und dass ich hoffe, dass ihr das weiter macht. (MR II\N10\_2014: 88)*

Die vorliegende Arbeit hat sich mit dem Bedarf an Unterstützung von ÄiW während ihrer Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Hessen beschäftigt. Es konnte gezeigt werden, dass ein Unterstützungsbedarf in Bezug auf Austausch und organisatorischen Fragen sowie an festen Ansprechpartnern, die auch bei Zweifeln und Unsicherheiten kontaktiert werden können, besteht. Entsprechend dieser Wünsche wurde ein hessenweites Gruppenmentoring konzipiert, welches ÄiW über ihre gesamte Weiterbildungszeit angeboten wird. Die Gruppen bestehen aus etwa zehn ÄiW, begleitet von einem allgemeinmedizinisch-fachärztlichen Mentor und einer Diplom-Pädagogin, und treffen sich viermal pro Jahr. Zusätzlich können die Mentees bei Bedarf jederzeit Einzelmentoring in Anspruch nehmen. Diese Intervention wurde ein Jahr lang an zwei parallel laufenden Mentoringgruppen mit insgesamt 23 ÄiW überprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass das angebotene Mentoring die Erwartungen der ÄiW vollkommen erfüllt. Auf der einen Seite können Informationen zur Weiterbildung, Facharztprüfung und späteren Niederlassung oder anderen beruflichen Alternativen ausgetauscht werden und berufliche Ängste und Unsicherheiten genommen werden, sodass die Mentees ihre Weiterbildung besser organisieren und idealerweise ohne große Hürden abschließen können. Auf der anderen Seite bietet das Mentoring eine Art „Heimat“ für ÄiW und die Möglichkeit einer stärkeren Identifikation mit der Allgemeinmedizin. Ein Großteil der Befragten möchte die Teilnahme am Mentoring verlängern. Der Erfolg des Mentorings lässt sich jedoch nicht isoliert betrachten. Die Teilnehmenden nahmen parallel zum Mentoring am Seminarprogramm des WBK Hessens teil. Gemeinsam sind die beiden sich ergänzenden Programme ein wichtiger Baustein in der Gestaltung einer attraktiven Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf Forschungslücken hin. Es ist zu untersuchen, ob durch das Angebot der Kompetenzzentren, insbesondere des WBK Hessens, mehr Medizinstudierende für die Weiterbildung Allgemeinmedizin gewonnen werden können, ob sich die Weiterbildungszeit aufgrund der Teilnahme verkürzt und weniger ÄiW ihre Weiterbildung abbrechen und ob die Zahl der Prüfungsabsolventen im Fach Allgemeinmedizin und der Niederlassungen ansteigt.



---

Für eine weitere Professionalisierung des Programms sind die Entwicklung einer Mentorenschulung sowie eines Leitfadens für die Etablierung von Mentoringprogrammen an anderen Standorten empfehlenswert.

## Literatur

- Abholz, H.-H. (2015). Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie? *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 91(4), 160–165.
- Agius, S., Lewis, B., Kirk, B., & Hayden, J. (2014). The perceived benefits of a two-year period of extended specialty training in general practice: the trainees' perspective. *Education for primary care an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*, 25(1), 26–35.
- Anderson, F., Cachia, P. G., Monie, R., & Connacher, A. A. (2011). Supporting trainees in difficulty: a new approach for Scotland. *Scottish medical journal*, 56(2), 72–75.
- Bayrische Landesärztekammer (2014). *Seminartage Weiterbildung Allgemeinmedizin*. <http://www.blaek.de/weiterbildung/koordinierungsstelle/seminartage.cfm>. Zugegriffen: 30. Juli 2014.
- Beck, U. (2006). *Edition Suhrkamp. 1365 = N.F., Bd. 365: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne* (18. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Borch, P. von der, Dimitriadis, K., Störmann, S., Meinel, F. G., Moder, S., Reincke, M., Tekian, A., & Fischer, M. R. (2011). A Novel Large-scale Mentoring Program for Medical Students based on a Quantitative and Qualitative Needs Analysis. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 28(2), Doc26.
- Bortz, J. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarb. Aufl.) hrsg. von N. Döring. Berlin, Heidelberg: Imprint: Springer.
- Brake, A. (2011). Kombinieren, mixen, verbinden? Integration als konstitutives Element methodentriangulierender Zugänge. In J. Ecarius (Hrsg.), *Methodentriangulation in der qualitativen Bildungsforschung* (S. 41–63). Opladen u.a.: Budrich.
- Broermann, M., Gerlach, F. M., & Sennekamp, M. (2014). Sinnvoll und vom Nachwuchs erwünscht: Mentoring in der Weiterbildung Allgemeinmedizin-1. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 90(12), 502–507.
- Broermann, M., Wunder, A., Sommer, S., Baum, E., Gerlach, F. M., & Sennekamp, M. (2015). Hessenweites Weiterbildungskolleg für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 91(1), 18–22.
- Brown, J. B., Thorpe, C., Paquette-Warren, J., Stewart, M., & Kasperski, J. (2012). The mentoring needs of trainees in family practice. *Education for primary care an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*, 23(3), 196–203.
- Buddeberg-Fischer, B., & Stamm, M. (2012). *Mentoring in der Medizin. Formen, Konzepte und Erfahrungen Bericht über Mentoring-Programme am Universitätsspital und an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich*. Bern: Staatssekretariat für Bildung und Forschung SBF.
- Buddeberg-Fischer B, Beck-Schimmer B, Hornung R, Dietz C, Mattanza G, Klaghofer R (2005). Mentoring zur klinischen und akademischen Karriereförderung junger Ärztinnen und Ärzte. *Schweizerische Ärztezeitung*, 86(46), 2566–2572.
- Bundesärztekammer (2014). *Ergebnisse der Ärztestatistik 2014*. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/>. Zugegriffen: 17. Juni 2015.

- Büssow, R. (2014). *Neue Generation von Hausärzten wächst heran*.  
[http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/ausbildung/article/864626/uni-jena-neue-generation-hausaerzten-waechst-heran.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/ausbildung/article/864626/uni-jena-neue-generation-hausaerzten-waechst-heran.html). Zugriffen: 16. Juli 2014.
- Carey, E. C., & Weissman, D. E. (2010). Understanding and finding mentorship: a review for junior faculty. *Journal of palliative medicine*, 13(11), 1373–1379.
- Cohn, R. C. (1975). *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cohn, R. C. (Hrsg.) (1989). *Herder-Taschenbuch. Bd. 1633: Es geht ums Anteilnehmen ... Perspektiven der Persönlichkeitsentfaltung in der Gesellschaft der Jahrtausendwende* (Orig.-Ausg.). Freiburg im Breisgau u.a.: Herder.
- Cohn, R. C. (1993). *Lebendiges Lehren und Lernen - TZI macht Schule*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- DEGAM. *Mentoring der DEGAM-Nachwuchsakademie*.  
<http://www.degam.de/mentoring.html>. Zugriffen: 17. Juni 2015.
- DEGAM (2012). *DEGAM-Zukunftspositionen: Allgemeinmedizin - spezialisiert auf den ganzen Menschen*. [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf). Zugriffen: 17. Juni 2015.
- DEGAM (2015). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Kriterien für Kompetenzzentren Allgemeinmedizin*.  
[http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/Presseordner\\_2015/DEGAM-Positionspapier\\_Kriterien%20fuer%20Kompetenzzentren%20Allgemeinmedizin.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/Presseordner_2015/DEGAM-Positionspapier_Kriterien%20fuer%20Kompetenzzentren%20Allgemeinmedizin.pdf). Zugriffen: 20. Juli 2016.
- DeGEval - Gesellschaft für Evaluation (2004). *Empfehlungen zur Anwendung der Standards für Evaluation im Handlungsfeld der Selbstevaluation*.  
[http://www.degeval.de/fileadmin/Publikationen/DeGEval\\_-\\_Empfehlungen\\_Selbstevaluation.pdf](http://www.degeval.de/fileadmin/Publikationen/DeGEval_-_Empfehlungen_Selbstevaluation.pdf). Zugriffen: 19. Januar 2015.
- DeGEval - Gesellschaft für Evaluation (2008). *Standards für Evaluation*.  
[http://www.degeval.de/fileadmin/user\\_upload/Sonstiges/STANDARDS\\_2008-12.pdf](http://www.degeval.de/fileadmin/user_upload/Sonstiges/STANDARDS_2008-12.pdf). Zugriffen: 19. Januar 2015.
- Deutsche Gesellschaft für Mentoring. *Ziele*. <http://www.dg-mentoring.de/>. Zugriffen: 19. Januar 2015.
- Deutscher Hausärzteverband. *Mentoring für Hausärzte*.  
<https://www.hausaerzteverband.de/cms/Mentoring.326.0.html>. Zugriffen: 4. August 2014.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse . Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (3. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- Ernst & Young (2009). *Gesundheitbarometer 2009. Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland*. [http://www.leipziger-forum-gesundheitswirtschaft.de/phocadownload/2009\\_02\\_peter\\_lennartz.pdf](http://www.leipziger-forum-gesundheitswirtschaft.de/phocadownload/2009_02_peter_lennartz.pdf). Zugriffen: 5. Dezember 2015.
- Fatke, R., & Merckens, H. (Hrsg.) (2006). *Schriftenreihe der DGfE / Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft: Bildung über die Lebenszeit* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

- Ferguson, J., Wakeling, J., & Cunningham, D. E. (2014). General practice training in Scotland: the views of GP trainers and educators. *Education for primary care an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*, 25(4), 211–220.
- Flick, U. (Hrsg.) (2004). *rororo. 55628 Rowohlt's Enzyklopädie: Qualitative Forschung. Ein Handbuch Uwe Flick ... (Hg.)*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2011). *rororo. Bd. 55694: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung Uwe Flick*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Forum Mentoring (2014). *Mentoring mit Qualität. Qualitätsstandards für Mentoring in der Wissenschaft*. [http://www.forum-mentoring.de/files/8014/1104/2070/BroschuereForumMentoringV\\_2014-09-162.pdf](http://www.forum-mentoring.de/files/8014/1104/2070/BroschuereForumMentoringV_2014-09-162.pdf). Zugegriffen: 19. Januar 2015.
- Franke, F. (2010). *Schlüsselkompetenzen: Literatur recherchieren in Bibliotheken und Internet* hrsg. von A. Klein & A. Schüller-Zwierlein. Stuttgart u.a: Metzler.
- Fuchs, C., & Kuch, C. (2013). Schutz vor Berufsunzufriedenheit und Selbstausbeutung: Pilotprojekt Mentoringprogramm für junge Ärztinnen und Ärzte. In C. Fuchs, T. Koch, & P. C. Scriba (Hrsg.), *Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung. Eine Herausforderung für die gesamte Ärzteschaft* (S. 111–117). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Gibis, B., Müller, C.-H., Heinz, A., & Jacob, R. (2012). Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 18 | 4. Mai 2012 327 Berufserwartungen von Medizinstudierenden. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Ärzteblatt*, 109(18), 327–332.
- Gollwitzer, M., & Jäger, R. S. (2009). *Evaluation kompakt* (1. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz, PVU.
- Haasen, N. Fahrplan fürs Karriere-Tandem. Mentoring einführen. *managerSeminare*(107), 60–65.
- Haasen, N. Weiterbildung für Weise. Mentoring. *managerSeminare*(122), 70–75.
- Häffner, S., & Stucke, W. (2006). *Die Balintgruppe. Praktische Anleitung für Teilnehmer; Im Auftrag der Deutschen Balintgesellschaft* (3., völlig überarb. u. erw.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hays, R. B. (1990). A training programme for rural general practice. *The Medical journal of Australia*, 153(9), 546–548.
- Hessisches Sozialministerium (2011): *Hessischer Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für die Jahre 2012 bis 2014*.
- Hintner, R., Middelkoop, T., & Wolf-Hollander, J. (2014). Partizipierend Leiten. In M. Schneider-Landolf, J. Spielmann, & W. Zitterbarth (Hrsg.), *Handbuch themenzentrierte Interaktion (TZI). Mit 3 Tabellen* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hof, C. (2009). *Lebenslanges Lernen. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoffmann, S. G. (2014). Störungspostulat. In M. Schneider-Landolf, J. Spielmann, & W. Zitterbarth (Hrsg.), *Handbuch themenzentrierte Interaktion (TZI). Mit 3 Tabellen* (3. Aufl, S. 101–106). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Hofhansl, A., & Körmöczy, G. F. (2014). Mentoring für Medizinstudierende im großen Stil - Ziele, Design und Realisierung. *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*, 164(11-12), 213–219.
- Huenges, B., Weismann, N., Osenberg, D., Klock, M., & Rusche, H. (2010). Weiterbildung aus Sicht der (Haus-)ärzte von morgen. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 369–378.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung. Evaluationsbericht für das Jahr 2013*.  
[http://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed\\_Evaluationsbericht\\_2013.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed_Evaluationsbericht_2013.pdf).  
Zugegriffen: 30. August 2016.
- Kaucher, M., Richter, N., Kopp, J., Jacob, R., Gibis, B., & Trebar, B. (2016). Das Image der Allgemeinmedizin aus Sicht von Medizinstudierenden. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 92(7/8), 320–325.
- Kelle, U. (2010). "Kontingente Strukturen" -Theoretische Grundlagen der Integration qualitativer und quantitativer Methoden. In T. Wrona & G. Fandel (Hrsg.), *Zeitschrift für Betriebswirtschaft. Bd. 2010,4: Mixed methods. Konzeptionelle Überlegungen* (S. 17–41). Wiesbaden: Gabler.
- Kern, D. E. (Hrsg.) (1998). *Curriculum development for medical education. A six-step approach*. Baltimore u.a: Johns Hopkins Univ. Press.
- Klein, I. (2011). *Gruppen leiten ohne Angst. Themenzentrierte Interaktion (TZI) zum Leiten von Gruppen und Teams* (12., überarb. und erg. Aufl.). Donauwörth: Auer.
- Klemmer, G. (2014). Phasenmodelle der Gruppenentwicklung. In M. Schneider-Landolf, J. Spielmann, & W. Zitterbarth (Hrsg.), *Handbuch themenzentrierte Interaktion (TZI). Mit 3 Tabellen* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kopetsch, T. (2010). *Dem deutschen Gesundheitswesen geben die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung*. Berlin. [http://www.pa-gesundheit.de/pdf/OPG1122/02.02-Arztzahlstudie\\_03092010.pdf](http://www.pa-gesundheit.de/pdf/OPG1122/02.02-Arztzahlstudie_03092010.pdf). Zugegriffen: 3. Februar 2015.
- Kröger, M. (2010). Das sogenannte 'Störungspostulat': "Disturbances and Passionate Involvements take precedence". *Themenzentrierte Interaktion*, 24(1), 9–21.
- Kuckartz, U. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: Verl. für Sozialwiss.,
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden Praxis Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2014). *Lehrbuch: Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren* (1., neue Ausg.). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Landesärztekammer Hessen (2012): *Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen*.
- Landesärztekammer Hessen (2015a). *Ärztinnen und Ärzte in Hessen ohne ärztliche Tätigkeit*.  
[http://www.laekh.de/upload/Aerzte/Mitgliederstatistiken/ohne\\_aerztliche\\_Taetigkeit.gif](http://www.laekh.de/upload/Aerzte/Mitgliederstatistiken/ohne_aerztliche_Taetigkeit.gif).  
Zugegriffen: 18. Juni 2015.

- Landesärztekammer Hessen (2015b). *Fortbildungspunktekonto*.  
<http://www.laekh.de/aerzte/fortbildung/fortbildungspunkte-konto/index.html>.  
Zugegriffen: 3. Februar 2015.
- Langmaack, B. (2004). *Beltz-Taschenbuch. Bd. 164: Einführung in die themenzentrierte Interaktion (TZI). Leben rund ums Dreieck* (Vollst. überarb. Neuausg.). Weinheim u.a.: Beltz.
- Langosch, C., Onnasch, J.-F., Steger, T., Klement, A., & Grundke, S. (2012). The "general practice class"--an eligible compulsory course in undergraduate medical education: didactical structure, teaching targets and implementation. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(5), Doc67.
- Larsen, J.-H., Nystrup, J., Risør, O., & Malmstrøm, L. (2005). Supervision--hvorfors? *Ugeskrift for læger*, 167(38), 3578–3580.
- Lenhard, W., & Lenhard, A. (2015). *Berechnung von Effektstärken*.  
<http://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>. Zugegriffen: 30. November 2015.
- Markakis, K. M., Beckman, H. B., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (2000). The path to professionalism: cultivating humanistic values and attitudes in residency training. *Academic medicine journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(2), 141–150.
- Markuns, J. F., Culpepper, L., & Halpin, William J Jr (2009). Commentary: A need for leadership in primary health care for the underserved: a call to action. *Academic medicine journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(10), 1325–1327.
- Marotzki, W. (2003). Leitfadeninterview. In R. Bohnsack (Hrsg.), *Uni-Taschenbücher. 8226 Soziologie, Erziehungswissenschaft: Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch Ralf Bohnsack ...* (Hrsg.). Opladen: Leske + Budrich.
- McKenzie, A., Beaton, N., Hollins, J., Jukka, C., & Hollins, A. (2013). Supporting GP advanced rural skills training. *The Australian journal of rural health*, 21(1), 41–45.
- Nasmith, L., Boillat, M., Rubenstein, H., Daigle, N., Goldstein, H., & Franco, E. D. (1997). Faculty advisor program for family medicine residents. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, 43, 1257–1263.
- Nielsen, B., & Tulinius, C. (2003). Uddannelseslæger i almen praksis ønsker mentorer. *Ugeskrift for læger*, 165(36), 3418–3423.
- Nienhaus, D. (Hrsg.) (2005). *Gender-Wissen. Bd. 9: Akademische Seilschaften. Mentoring für Frauen im Spannungsfeld von individueller Förderung und Strukturveränderung ; Referate und Workshopbeiträge der Internationalen Tagung "Mentoring: Konzepte - Erfahrungen - Perspektiven" ; am 16.17. Oktober 2003 im Rahmen des Bundesprogramms Chancengleichheit an der Universität Bern*. Wettingen: eFeF-Verl.
- O'Shea, E. B. (2009). What's another year? A qualitative evaluation of extension of general practice training in the West of Ireland. *Education for primary care an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*, 20(3), 159–166.
- Ramanan, R. A., Taylor, W. C., Davis, R. B., & Phillips, R. S. (2006). Mentoring matters. Mentoring and career preparation in internal medicine residency training. *Journal of general internal medicine*, 21(4), 340–345.
- Ramani, S., Gruppen, L., & Kachur, E. K. (2006). Twelve tips for developing effective mentors. *Medical Teacher*, 28(5), 404–408.

- Richert, V. (2006). *Mentoring und lebenslanges Lernen. Individuelles Wissensmanagement im Informationszeitalter*. Saarbrücken: VDM Müller.
- Rickard, C., Smith, T., & Scallan, S. (2012). A comparison of the learning experiences of full-time (FT) trainees and less than full-time (LTFT) trainees in general practice. *Education for primary care an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*, 23(6), 399–403.
- Ries, H. (2014). Wie man Hausärzte aufs Land bekommt. *Westfalenpost*.
- Röhling, J. G. (2014). Chairperson-Postulat. In M. Schneider-Landolf, J. Spielmann, & W. Zitterbarth (Hrsg.), *Handbuch themenzentrierte Interaktion (TZI). Mit 3 Tabellen* (3. Aufl, S. 95–100). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roos, M., Krug, D., Pfisterer, D., & Joos, S. (2013). Professionalität in der Allgemeinmedizin in Deutschland – eine qualitative Studie zur Annäherung an das Kompetenzfeld. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(7), 475–483.
- Rotering-Steinberg, S. (2009). Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Coaching und Mentoring. In H. Stöger, A. Ziegler, & D. Schimke (Hrsg.), *Mentoring. Theoretische Hintergründe, empirische Befunde und praktische Anwendungen* (S. 31–54). Lengerich [u.a.]: Pabst Science Publ.
- Rubner, A., & Rubner, E. (1993). Die Entwicklungsphasen einer Gruppe - Grundkonflikte, Einstellungen dem Leiter gegenüber und Leiterinterventionen. In C. Löhmer (Hrsg.), *TZI. Pädagogisch-therapeutische Gruppenarbeit nach Ruth C. Cohn* (S. 230–251). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn/Berlin. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf). Zugegriffen: 17. Juni 2015.
- Sagasser, M. H., Kramer, Anneke W M, & van der Vleuten, Cees P M (2012). How do postgraduate GP trainees regulate their learning and what helps and hinders them? A qualitative study. *BMC medical education*, 12, 67.
- Sambunjak, D., & Marusić, A. (2009). Mentoring: what's in a name? *JAMA the journal of the American Medical Association*, 302(23), 2591–2592.
- Sambunjak, D., Straus, S. E., & Marusić, A. (2006). Mentoring in academic medicine: a systematic review. *JAMA the journal of the American Medical Association*, 296(9), 1103–1115.
- Sargeant, J., McNaughton, E., Mercer, S., Murphy, D., Sullivan, P., & Bruce, D. A. (2011). Providing feedback: exploring a model (emotion, content, outcomes) for facilitating multisource feedback. *Medical Teacher*, 33(9), 744–749.
- Schäfer, H.-M., Mangold, B., Paulitsch, M., & Gerlach, F. M. (2015). Landpartie Fulda - ein Projekt zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses im ländlichen Raum. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 91(6), 260–263.
- Schell-Kiehl, I. (2007). *Weiterbildung und Biographie. Bd. 4: Mentoring: Lernen aus Erfahrung? Biographisches Lernen im Kontext gesellschaftlicher Transformationsprozesse*. Bielefeld: Bertelsmann.

- Schmid, B., & Haasen, N. (2011). *Einführung in das systemische Mentoring* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verl.
- Schmidt, C. (2004). Analyse von Leitfadeninterviews. In U. Flick (Hrsg.), *rororo. 55628 Rowohls Enzyklopädie: Qualitative Forschung. Ein Handbuch Uwe Flick ...* (Hg.) (S. 447–456). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schmidt, M. (2008). Das Trauerspiel um die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin - persönliche Bestandsaufnahme aus der Sicht eines Weiterbildungsassistenten. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 84(1), 10–13.
- Schulz von Thun, Friedemann (1998). *Miteinander reden 3. Das "Innere Team" und situationsgerechte Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.
- Schulze, J., & Wu, Y.-Y. J. (2013). Stress und Coping bei vorklinischen Medizinstudenten. In Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hrsg.), *Kongressband*.
- Schütze, H. G. (2005). Weiterbildung und die Politik lebenslangen Lernens. In W. Jütte (Hrsg.), *Kontexte wissenschaftlicher Weiterbildung. Entstehung und Dynamik von Weiterbildung im universitären Raum*. Münster [u.a.]: Waxmann.
- Sektion Weiterbildung der deutschen Gesellschaft für Allgemein und Familienmedizin (2010). Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt. Ein Leitfaden für die Planung, Einrichtung und Führung von Weiterbildungsverbünden. *DEGAM-Schriften 2*. [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Weiterbildung/degam\\_verbundweiterbildung%20100108.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/degam_verbundweiterbildung%20100108.pdf). Zugriffen: 14. Juli 2014.
- Silberberg, P., Ahern, C., & van de Mortel, Thea F (2013). 'Learners as teachers' in general practice: stakeholders' views of the benefits and issues. *Education for primary care an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*, 24(6), 410–417.
- Smith, L. F., Eve, R., & Crabtree, R. (2000). Higher professional education for general medical practitioners: key informant interviews and focus group findings. *The British journal of general practice the journal of the Royal College of General Practitioners*, 50(453), 293–298.
- Sonntag, B. (2004). Im „Land of Hope and Glory“: Als Hausarzt in Großbritannien. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 80(11), 455–459.
- Steinhaeuser, J., & Chenot, J.-F. (2013). *DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung plus*. Frankfurt am Main. [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Konzept\\_Verbundweiterbildung\\_plus\\_130621.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130621.pdf). Zugriffen: 14. Juli 2014.
- Steinhaeuser, J., Chenot, J.-F., Roos, M., Ledig, T., & Joos, S. (2013). Competence-based curriculum development for general practice in Germany: a stepwise peer-based approach instead of reinventing the wheel. *BMC research notes*, 6, 314.
- Steinhäuser, J., Paulus, J., Roos, M., Peters-Klimm, F., Ledig, T., Szecsenyi, J., & Joos, S. (2011a). „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach“ – eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(2), 89–96.
- Steinhäuser, J., Roos, M., Haberer, K., Ledig, T., Peters-Klimm, F., Szecsenyi, J., & Joos, S. (2011b). Bericht aus der Praxis: Das Programm Verbundweiterbildung(plus) des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg - Entwicklung,



- Umsetzung und Perspektiven. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(2), 105–109.
- Stockmann, R. (2011). *Evaluation - eine Begriffsdefinition*.  
[http://ceval.de/typo3/fileadmin/user\\_upload/PDFs/Evaluation\\_Begriffsdefinition.pdf](http://ceval.de/typo3/fileadmin/user_upload/PDFs/Evaluation_Begriffsdefinition.pdf)  
f. Zugriffen: 4. März 2015.
- Sturgiss, E., Anderson, K., Liedvogel, M., & Haesler, E. (2013). To own or not to own--how can we best educate general practice registrars about practice ownership? *Australian family physician*, 42(7), 503–506.
- Tashakkori, A. (Hrsg.) (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publ.
- Tauber, J. (2012). *Mentoring in Düsseldorf: Persönliche Betreuer für Medizinstudenten*.  
[file:///C:/DOKUME~1/Marischa/LOKALE~1/Temp/www.aerztezeitung.de\\_politik\\_gesellschaft\\_berufspolitik\\_default.aspx\\_sid=828437&cm\\_mmc=Newsletter\\_-\\_Newsletter-C\\_-\\_20121228\\_-\\_Berufspolitik-1.htm](file:///C:/DOKUME~1/Marischa/LOKALE~1/Temp/www.aerztezeitung.de_politik_gesellschaft_berufspolitik_default.aspx_sid=828437&cm_mmc=Newsletter_-_Newsletter-C_-_20121228_-_Berufspolitik-1.htm). Zugriffen: 28. Dezember 2012.
- Thomson, J. S., Anderson, K. J., Mara, P. R., & Stevenson, A. D. (2011). Supervision--growing and building a sustainable general practice supervisor system. *The Medical journal of Australia*, 194(11), S101-4.
- van den Bussche, H., Ziegler, S., Rakebrandt, A., Keim, R., Pietsch, B., & Scherer, M. (2016). Ändert sich die Einstellung zur hausärztlichen Tätigkeit im Laufe der Weiterbildung im Krankenhaus? *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 92(7/8), 314–319.
- Viney, R., & McKimm, J. (2010). Mentoring. *British journal of hospital medicine (London, England 2005)*, 71(2), 106–109.
- von der Borch, Philip, Dimitriadis, K., Hof, M., Niedermayer, S., Reincke, M., & Fischer, M. R. (Hrsg.) (2008). *Studierenden-zentrierter Aufbau eines Mentorenprogramms an der medizinischen Fakultät der LMU: Bedarfsanalyse und Konzeption*. German Medical Science GMS Publishing House; Düsseldorf.
- von der Borch, Philip, Dimitriadis, K., Störmann, S., Meinel, F. G., Moder, S., Reincke, M., Tekian, A., & Fischer, M. R. (2011). Aufbau eines innovativen Mentorenprogramms für eine große Zahl Medizinstudierender nach quantitativer und qualitativer Bedarfsanalyse. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 28(2), 9–16.
- Wrona, T., & Fandel, G. (2010). Möglichkeiten und Grenzen einer Methodenintegration. In T. Wrona & G. Fandel (Hrsg.), *Zeitschrift für Betriebswirtschaft. Bd. 2010,4: Mixed methods. Konzeptionelle Überlegungen* (S. 1–15). Wiesbaden: Gabler.
- Ziegler, A. (2009). Mentoring: Konzeptuelle Grundlagen und Wirksamkeitsanalyse. In H. Stöger, A. Ziegler, & D. Schimke (Hrsg.), *Mentoring. Theoretische Hintergründe, empirische Befunde und praktische Anwendungen* (S. 7–30). Lengerich [u.a.]: Pabst Science Publ.

## Anhang

### a. Fragebogen der hessischen Facharztprüfungsabsolventen

Zur Gewährung der Anonymität möchten wir Sie bitten, uns den unten aufgeführten Code anzugeben.

1. Dritter Buchstabe des Vornamens des Vaters
2. Vierter Buchstabe Ihres Geburtsortes
3. Zweiter Buchstabe des Geburtsnamens Ihrer Mutter
4. Vierter Buchstabe Ihres Vornamens (bzw. letzter)
5. Dritter Buchstabe des ersten Studienortes, an dem Sie Medizin studierten

5-stelliger Code (bitte ausfüllen)

--	--	--	--	--

#### I. Allgemeine Angaben

1. Geburtsjahr
2. Geschlecht    m 



    w
3. Monat und Jahr der Approbation
4. Tätigkeit in einem anderen medizinischen Beruf vor dem Medizinstudium? Welche?

.....

#### II. Angaben zur individuellen Weiterbildung

5. Ich habe am Seminar- und Mentorenprogramm der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen teilgenommen.    Ja 



    Nein
6. Monat und Jahr des Beginns Ihrer **ersten** Klinik-/ bzw. Praxiseinstellung
7. Gesamtdauer Ihrer Weiterbildung in Monaten? 



 Monate
8. Wie viele Monate davon in Halbtagsbeschäftigung? 



 Monate
9. Gab es eine Unterbrechung Ihrer Weiterbildungszeit von mind. 4 Wochen? (z.B. bedingt durch Elternzeit, Stellenwechsel etc.) 



 Monate
10. Wie oft haben Sie innerhalb der Weiterbildung den Arbeitgeber gewechselt? 



 mal
11. Absolvierte Teilgebiete (Fachgebiete) in chronologischer Reihenfolge mit Zeitangabe:
 

a) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate,	g) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate
b) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate,	h) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate
c) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate,	i) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate
d) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate,	j) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate
e) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate,	k) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate
f) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate,	l) _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Monate

12. Wann haben Sie sich dazu entschlossen, die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin zu absolvieren?

Während der Weiterbildung (Angabe der Phase siehe Punkt 11., z.B. „11b“ ☐ ☐

Vor dem Studium ☐ Während des Studiums ☐

Zwischen Studienende und Beginn der Weiterbildung ☐

13. Wie groß war Ihrer Einschätzung nach Ihr organisatorischer Aufwand, um die abzuleistenden Weiterbildungsabschnitte zu organisieren?

sehr groß ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gering

14. Was waren Ihre Hauptgründe für die Entscheidung, Allgemeinmediziner/in zu werden?

---

---

15. Wenn Sie sich bezüglich der Weiterbildung beraten lassen hätten: Wo bzw. von wem hätten Sie am liebsten eine Beratung in Anspruch genommen?

(Mehrfachnennungen möglich)

LÄK ☐ Kompetenzzentren Weiterbildung ☐ Studium ☐ Freunde ☐

KV ☐ Allgemeinärzte/innen ☐ Sonstige

16. Die Inhalte der Weiterbildung waren gut auf eine spätere hausärztliche Tätigkeit abgestimmt.

Trifft völlig zu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ trifft gar nicht zu

17. Ich halte die Weiterbildungsordnung im Fach Allgemeinmedizin für gut strukturiert.

Trifft völlig zu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ trifft gar nicht zu

18. Ich halte die Weiterbildung in der Form, wie ich sie erlebt habe, für familienfreundlich.

Trifft völlig zu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ trifft gar nicht zu

19. Haben Sie während der Weiterbildung an einem organisierten Mentorenprogramm, in dem beispielsweise ein/e erfahrene/r Facharzt/ärztin einen oder mehrere ÄiW betreute, teilgenommen?

Ja ☐ Nein ☐

20. Wenn ja, war das Programm hilfreich?

Trifft völlig zu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ trifft gar nicht zu

21. Wenn nein, hätten Sie sich die Teilnahme an einem organisierten Mentorenprogramm gewünscht?

Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐

22. Haben Sie Ihre Weiterbildung in einem Weiterbildungsverbund, in dem Praxen und Kliniken in einem Zusammenschluss Ihre Weiterbildung koordinieren, absolviert? Ja ☐ Nein ☐ Teilweise ☐
23. Wenn ja, können Sie die Weiterbildung in einem Weiterbildungsverbund empfehlen? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐
24. Wenn nein, hätten Sie sich gewünscht, die komplette allgemeinmedizinische Weiterbildung in einem Weiterbildungsverbund zu absolvieren? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐
25. Ich halte die Gründung von Weiterbildungsverbünden, in denen alle Abschnitte der Weiterbildung (in einer Region) absolviert werden können, für wichtig:  
Stimme voll und ganz zu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Stimme überhaupt nicht zu
26. Wie war für Sie das Verhältnis von Arbeitsaufwand und Entlohnung?  
In der Klinikzeit: sehr gut ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr schlecht  
In der Praxiszeit: sehr gut ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr schlecht

### III. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung in der Weiterbildung

27. Zu welchen Themenkomplexen haben Ihnen Informationen während Ihrer Weiterbildung gefehlt?  
Beratungsanlässe ☐ Chronische Erkrankungen ☐ Praxisorganisation ☐  
Kommunikation ☐ Psychosoziales ☐ Komplementärmedizin ☐  
Sonstige \_\_\_\_\_
28. Ich halte kontinuierliche Begleitseminare mit Themen, wie unter Punkt 27 genannt, für wichtig.  
Stimme voll und ganz zu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Stimme überhaupt nicht zu
29. Ich halte ein organisiertes Mentorenprogramm, in dem sich beispielsweise eine Gruppe von Ärzten/innen in Weiterbildung in regelmäßigen Abständen mit einem/r Mentor/in trifft, für wichtig.  
Stimme voll und ganz zu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Stimme überhaupt nicht zu
30. Welche Faktoren oder Themen im Mentoring schätzen Sie als unterstützend ein?  
(Mehrfachnennungen möglich)
- |                               |  |                          |
|-------------------------------|--|--------------------------|
| Fachliche Themen              | <input type="checkbox"/> Austausch mit anderen ÄiW/Netzwerkbildung | <input type="checkbox"/> |
| Organisatorische Themen       | <input type="checkbox"/> Besprechung von Problemen mit Team/Chef   | <input type="checkbox"/> |
| Infos zur Niederlassung       | <input type="checkbox"/> Beziehung zum/r Mentor/in                 | <input type="checkbox"/> |
| Besprechung schwieriger Fälle | <input type="checkbox"/> Vorbereitung auf die Facharztprüfung      | <input type="checkbox"/> |
| Ansprechpartner bei Bedarf    | <input type="checkbox"/> Vereinbarkeit von Familie und Beruf       | <input type="checkbox"/> |

**IV. Ihre Zukunftsvorstellungen**

31. An welchem Arbeitsplatz sehen Sie sich in **2** Jahren?

- Eigene Niederlassung ☐      Klinik ☐      Anstellung in einer Praxis ☐  
Wissenschaftliche Tätigkeit ☐      Anstellung in der Privatwirtschaft ☐  
Sonstiges \_\_\_\_\_

32. Mit welcher Wochenarbeitszeit möchten Sie arbeiten?

33. An welchem Arbeitsplatz sehen Sie sich in **10** Jahren?

- Eigene Niederlassung ☐      Anstellung in einer Praxis ☐      Klinik ☐  
Wissenschaftliche Tätigkeit ☐      Anstellung in der Privatwirtschaft ☐  
Sonstiges \_\_\_\_\_

34. Wenn Sie sich vorstellen könnten, sich niederzulassen: Wo möchten Sie sich niederlassen?

- Großstadt (> 100.000 Einwohner) ☐      Mittelstadt (20.000 – 100.000 Einwohner) ☐  
Kleinstadt (5.000 – 20.000 Einwohner) ☐      Land (2.000 – 5.000 Einwohner) ☐

35. In welcher Praxisform könnten Sie sich vorstellen, sich niederzulassen?

- Einzelpraxis ☐      Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft ☐

36. Falls Sie sich nicht vorstellen können, sich niederzulassen: Welche Gründe sprechen für Sie dagegen?

---

---

Das fand ich während der Weiterbildung besonders gut:

Das könnte man an der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin noch verbessern:

## b. Interviewleitfaden – Erster Erhebungszeitraum



Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen



### Interview - Leitfaden

- Wann haben Sie Ihre Weiterbildung angefangen?  
Welche Abschnitte haben Sie bereits absolviert?  
In welchem Abschnitt sind Sie momentan?  
(Falls bereits im Praxisabschnitt, nach Unterschieden zur Klinik fragen, falls noch nicht, nach Vorhaben in eine Praxis zu wechseln fragen)
- Wann haben Sie sich entschieden Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin zu werden?  
(Vor, während, nach Studium, während der Weiterbildung...)  
Was hat Ihre Entscheidung beeinflusst?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Weiterbildung?  
(Was gefällt Ihnen besonders? Was stört Sie?)
- Gab es eine Situation/Gibt es Situationen, in denen Sie sich Unterstützung wünschen?  
Wie kann eine Unterstützung aussehen?
- Wann haben Sie das erste Mal vom Mentoring in der WB Allgemeinmedizin gehört?  
(Und wie haben Sie davon erfahren?)  
Was ging Ihnen dabei durch den Kopf?
- Wenn Sie wünschen könnten: Wie soll Mentoring idealerweise aussehen, damit Sie sich unterstützt fühlen?  
(Wichtige Faktoren? Ort, Häufigkeit, Zeit...)
- Was wünschen Sie sich von Ihrem/r Mentor/in?  
(Eigenschaften, Hilfe, konkret, ideell, praktisch...)
- Welche Themen möchten Sie gerne in der Mentorengruppe besprechen?
- Wenn Sie an die erste Sitzung im April denken: Wie stellen Sie sich die Sitzung vor?  
Was dürfte nicht passieren?  
Wie soll die Sitzung aussehen, damit Sie anschließend das Gefühl haben, dass es sich gelohnt hat?

### c. Informationsschreiben zum Interview



Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen



#### Informationen zum Interview

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, meine Dissertation durch ein Interview zu unterstützen!

Mit diesem Schreiben möchte ich Sie über den Hintergrund und Ablauf des Interviews sowie über die Verwendung der erhobenen Daten informieren.

Meine Dissertation befasst sich mit der Konzeption und Begleitung eines Mentorenprogrammes für angehende Fachärzte/innen für Allgemeinmedizin in Hessen. Die Interviews sind zentraler Bestandteil der Bedarfserhebung und Vorbereitung der Mentorengruppen.

Um Einstellungsänderungen während der Teilnahme an der Mentorengruppe erkennen zu können, möchte ich vor Beginn des Mentoring und auch nach einem Jahr der Teilnahme (nach vier Sitzungen) ein Interview von jeweils ca. 30 min führen.

Die Durchführung dieser wissenschaftlichen Forschung geschieht auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Interviewerin unterliegt der Schweigepflicht und ist dem Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

Damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden, sichere ich Ihnen folgende Verfahren zu: Die Interviews werden mit Hilfe eines digitalen Audioaufnahmegerätes aufgezeichnet und die Daten wörtlich transkribiert. Während der Transkription erfolgt eine Anonymisierung, d.h. die Namen der befragten Personen sowie weitere Informationen, die eine Identifikation von Personen ermöglichen – etwa Aussagen über den genauen Wohnort – werden ebenfalls verschleiert. Schließlich werden die Daten mit Methoden der qualitativen Sozialforschung ausgewertet.

Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird an einem gesonderten Ordner an einer gesicherten Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den/die Datenschutzbeauftragte/n nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden waren und kann nicht mehr mit Ihrem Interview in Verbindung gebracht werden.

Die Auswertung der anonymisierten Daten wird im Rahmen der Dissertation und ggf. weiteren Publikationen veröffentlicht. In Veröffentlichungen gehen einzelne Zitate ein, ohne dass Rückschlüsse auf Ihre Person zu ziehen sind. Sämtliche Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Jede Weitergabe erfolgt nur in transkribierter und anonymisierter Form.

Bei Nichtteilnahme entstehen für Sie keinerlei Nachteile. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern. Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen und auch die Löschung des Interviews kann von Ihnen verlangt werden.

Falls Sie weitere Fragen haben, erreichen mich per E-Mail unter [broermann@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:broermann@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de) oder telefonisch unter der Nummer 069 – 6301 7173.

Mit freundlichen Grüßen  
Marischa Broermann

## d. Kurzfragebogen zum Interview I



Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen



**Vielen Dank, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben!**

Ich würde mich über einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Weiterbildung freuen.

### Angaben zu Ihrer Person

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Zu welcher Mentorengruppe gehören Sie? Marburg ☐ Frankfurt ☐

Monat und Jahr Ihrer Approbation: \_\_\_\_\_

Waren Sie vor Ihrem Medizinstudium in einem anderen medizinischen Beruf tätig?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, in welchem?

\_\_\_\_\_

### Angaben zur individuellen Weiterbildung

Monat und Jahr des Beginns Ihrer ersten Klinik-/ bzw. Praxiseinstellung: \_\_\_\_\_

Unterbrechung Ihrer Weiterbildung durch nicht-medizinische Tätigkeiten (z.B. Elternzeit, Urlaub): \_\_\_\_\_ Monate

Ihr derzeitiger Arbeitsplatz (Praxis/Klinik, Schwerpunkt): \_\_\_\_\_

Bisherige Gesamtdauer Ihrer Weiterbildung in Monaten (Monate in Halbtagsbeschäftigung bitte mit 0,5 multiplizieren): \_\_\_\_\_

Welche Teilgebiete (Fachgebiete) haben Sie bisher absolviert? Angabe bitte in chronologischer Reihenfolge mit Zeitangabe:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## e. Interviewprotokoll



Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen



### Interviewprotokoll

Interview-Code:

Datum:

Dauer der Aufnahme:

Dauer Gespräch insgesamt:

Ort/Räumlichkeit:

Vorherige Kontaktaufnahme (bereits bekannt, (un)komplizierte Terminvereinbarung, Bereitschaft zur Teilnahme...):

Interviewatmosphäre:

Personale Beziehung:

Interaktion im Interview, schwierige Passagen (Unsicherheiten, Pausen, Passivität/Aktivität):

Check:

Einverständniserklärung unterschrieben?

Infoschreiben mitgenommen?

Hinweis auf Interview in einem Jahr?

## f. Einwilligungserklärung



Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen



Forschungsprojekt: Konzeption und Begleitung eines Mentorenprogrammes für angehende Fachärzte/innen für Allgemeinmedizin in Hessen (Verantwortlich: Marischa Broermann)

### Einwilligungserklärung

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen, freiwilligen Interviews in einem Informationsschreiben informiert worden (u.a.: die Abschrift gelangt nicht an die Öffentlichkeit, Anonymisierung der Abschrift, Aufbewahrung der Einwilligungserklärung nur im Zusammenhang mit dem Nachweis des Datenschutzes und nicht zusammenführbar mit dem Interview).

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt (transkribiert), anonymisiert und ausgewertet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## g. Interviewleitfaden – Zweiter Erhebungszeitraum



### Interview – Leitfaden

- Das letzte Interview ist nun schon fast ein Jahr her: Was ist bei dir in der Zwischenzeit passiert?
- Wie zufrieden bist du mit deiner Weiterbildung?
- Was gefällt dir an deiner WB besonders?
- Was stört dich?
- Fühlst du dich als Allgemeinmedizinerin?
- Hat sich dieses Zugehörigkeitsgefühl im Laufe der Weiterbildung verändert?
- ... durch das Mentoring verändert?
- (Was würde dich unterstützen, dich mehr mit der Allgemeinmedizin zu identifizieren?)
- Wenn du dich an das letzte Jahr zurückerinnerst: Welche deiner Erwartungen an das Mentoring wurden erfüllt?
- Welche Erwartungen wurden enttäuscht?
- Deine Gruppe hat sich im letzten Jahr 4x getroffen. Wie häufig warst du dabei?
- (Was waren deine Gründe für eine Nichtteilnahme?)
- Waren für dich die Zeitabstände zwischen den Treffen angemessen? (zu lang oder zu kurz?)
- Dauer der einzelnen Treffen?
- Jedes Treffen hatte ein Thema:
- Erinnerst du dich an ein Treffen, ein Thema, das dir besonders viel gebracht hat?
- Erinnerst du dich an ein Treffen/ein Thema, was für dich relativ unwichtig war?
- Hast du Themen vermisst? Welche?
- Wie gefiel dir die Struktur der Treffen? (Zu offen oder zu strukturiert?)
- Wie hast du die Gruppe erlebt?
- Wie hast du dich selbst in der Gruppe gefühlt?
- Hattest du genug Raum für eigene Fragen?
- Wie hast du deine Mentoren erlebt?
- Welche Fähigkeiten und Kompetenzen braucht deiner Meinung nach ein guter Mentor/eine gute Mentorin?
- Ist es dir wichtig, dass du deine Mentoren auch zwischen den Treffen kontaktieren kannst?
- Hast du die Möglichkeit in Anspruch genommen?
- (Konnten dadurch deine Fragen gelöst werden?)
- Wie fandest du die Räumlichkeiten, in denen wir uns getroffen haben?

- Hast du das Gefühl, dass dich das Mentoring in deiner Weiterbildung unterstützt? Kannst du konkrete Beispiele nennen?
- Hast du das Gefühl Vorteile gegenüber den Leuten zu haben, die nicht am Mentoring teilnehmen? Welche?
- Hast du vor, in diesem Jahr weiterhin teilzunehmen?
- Was wünschst du dir für das Mentoring in diesem Jahr?
- Wodurch kann es ergänzt werden?
- Was kann wegfallen?
- Gibt es noch etwas, was ich jetzt nicht gefragt habe, du aber gerne noch ansprechen möchtest?

## **h. Kategoriensystem, Interviews Zeitpunkt I**

- Persönliche Weiterbildung
  - Verlauf (49)<sup>26</sup>
  - Unterschied Klinik/Praxis (26)
  - WBV (6)
  - Quereinstieg (7)
  - Probleme (7)
- Entscheidung zum Facharzt Allgemeinmedizin
  - Zeitpunkt (22)
  - Unsicherheiten (10)
  - Gründe
    - „Schon immer klar“ (6)
    - Einfacher Wechsel (4)
    - Vielfältige berufliche Möglichkeiten (4)
    - Unzufriedenheit in anderen Fachrichtungen (6)
    - Selbstständigkeit (10)
    - Arbeitsbedingungen (23)
    - Spektrum (11)
    - Familienfreundlichkeit (8)
    - Guter Eindruck durch Bekannte/Familie (4)
    - guter Eindruck durch Studium und Praktika/Hospitationen (6)
    - Sonstige (4)
- Zufriedenheit in der Weiterbildung
  - Unzufriedenheit (36)
  - Zufriedenheit (27)
- Unterstützung
  - Bedarf (31)
  - Kein Bedarf (8)
- Mentoringprogramm des WBK
  - Kennenlernen (1)

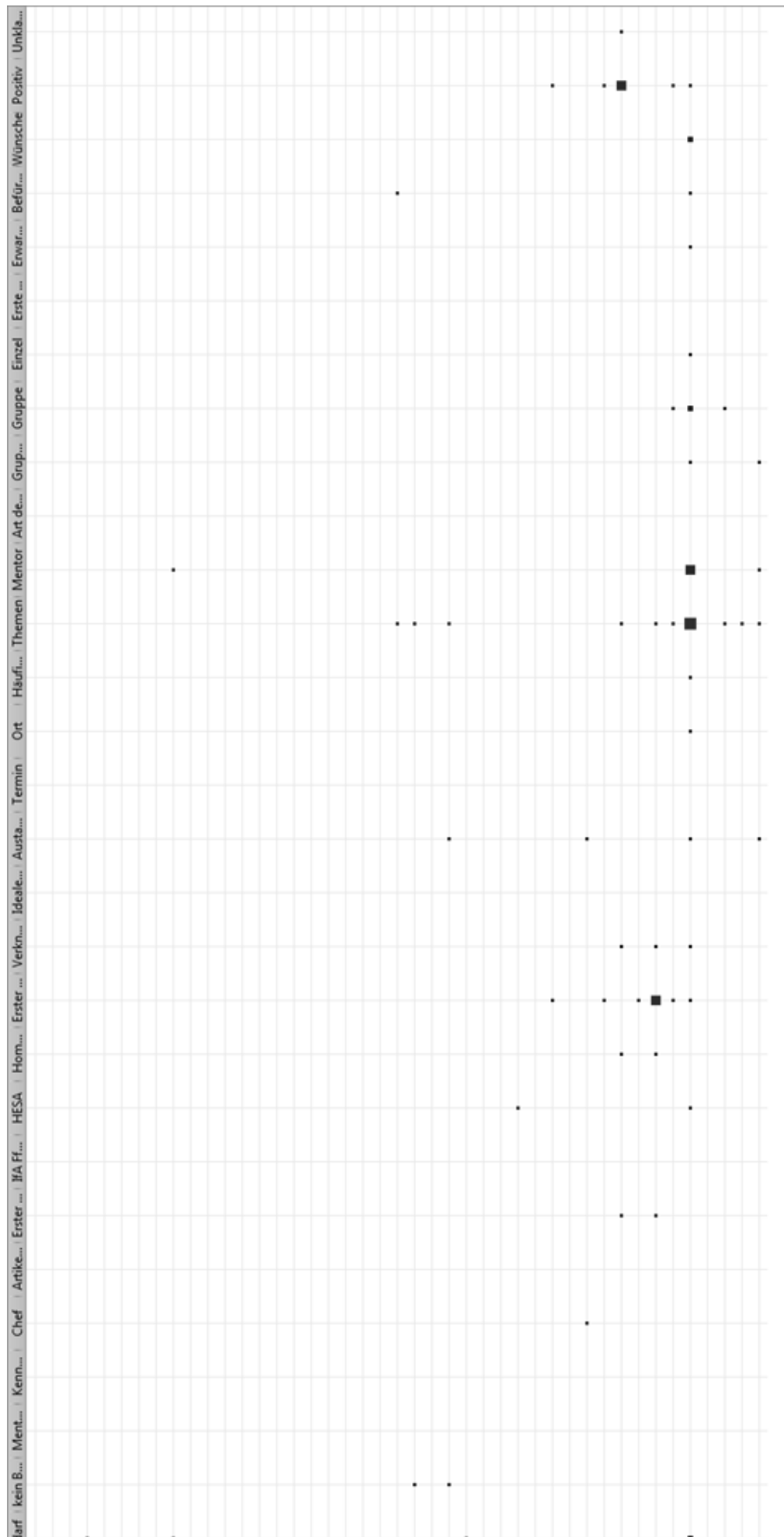
---

<sup>26</sup> In Klammern ist die Anzahl der Codierungen in der jeweiligen Kategorie angegeben.

- 
- Chef (7)
    - Artikel Hessisches Ärzteblatt (4)
    - Erster Seminartag (8)
    - Institute für Allgemeinmedizin Frankfurt oder Marburg (3)
    - HESA (7)
    - Homepage (3)
    - Erster Gedanke zum Mentoring (26)
    - Verknüpfung zum Seminarprogramm (3)
  - Ideale Mentoring
    - Austausch (12)
    - Termin (21)
    - Ort (32)
    - Häufigkeit (27)
    - Themen (53)
    - Mentor (58)
    - Art des Mentoring
      - Gruppe plus Einzel (11)
      - Gruppe (25)
      - Einzel (4)
  - Erste Sitzung
    - Erwartungen (27)
    - Befürchtungen (20)
    - Wünsche (22)
  - Sonstiges (1)
    - Andere Mentoringprogramme (3)
    - Lob (6)

i. **Code-Relation-Browser, Interviewzeitpunkt I**

[illegible]





## j. Kreuztabellen, Interviewzeitpunkt I

*Kreuztabelle Frauen/Männer I*

Codesystem		Frauen	Männer
-	Persönliche Weiterbildung		
-	Verlauf	36	13
-	Unterschied Klinik/Praxis	20	6
-	WBV	4	2
-	Quereinstieg	7	
-	Probleme	7	
-	Entscheidung zum FA AM		
-	Zeitpunkt	15	7
-	Unsicherheiten	8	2
-	Gründe		
-	schon immer klar	4	2
-	einfacher Wechsel	4	
-	vielfältige berufliche Möglichkeiten	4	
-	Unzufriedenheit in anderen	4	2
-	Selbstständigkeit	1	4
-	Arbeitsbedingungen	6	4
-	Spektrum	17	6
-	Patientenbeziehung	7	4
-	Familienfreundlichkeit	5	3
-	guter Eindruck durch Bekannte/Familie		4
-	guter Eindruck durch Studium und Pr...	3	3
-	Sonstige	3	1
+	Zufriedenheit WB	49	15
-	Unterstützung		
-	Bedarf	24	7
-	kein Bedarf	4	4
-	Mentoringprogramm des WBK		
-	Kennenlernen	1	
-	Chef	4	3
-	Artikel Hessisches Ärzteblatt	3	1
-	Erster Seminartag	6	2
-	IfA Ffm/MR	1	2
-	HESA	7	1
-	Homepage	2	1
-	Erster Gedanke zum Mentoring	19	7
-	Verknüpfung zum Seminarprogramm		3
-	Ideale Mentoring		1
-	Austausch	9	3
-	Termin	14	8
-	Ort	24	8
-	Häufigkeit	20	7
-	Themen	53	19
-	Mentor	43	15
-	Art des Mentoring		
-	Gruppe plus Einzel	7	4
-	Gruppe	18	7
-	Einzel	3	1

*Kreuztabelle Vergleich ÄiW Klinik/Praxis I*

Codesystem	Praxis	Klinik
[-] [-] Persönliche Weiterbildung		
[-] [-] [-] Verlauf	31	18
[-] [-] [-] Unterschied Klinik/Praxis	22	4
[-] [-] [-] WBV	3	3
[-] [-] [-] Quereinstieg	7	
[-] [-] [-] Probleme	6	1
[-] [-] Entscheidung zum FA AM		
[-] [-] [-] Zeitpunkt	11	11
[-] [-] [-] Unsicherheiten	6	4
[-] [-] [-] Gründe		
[-] [-] [-] [-] schon immer klar	2	4
[-] [-] [-] [-] einfacher Wechsel	4	
[-] [-] [-] [-] vielfältige berufliche Möglichkeiten	3	1
[-] [-] [-] [-] Unzufriedenheit in anderen	4	2
[-] [-] [-] [-] Selbstständigkeit		5
[-] [-] [-] [-] Arbeitsbedingungen	6	4
[-] [-] [-] [-] Spektrum	11	12
[-] [-] [-] [-] Patientenbeziehung	1	10
[-] [-] [-] [-] Familienfreundlichkeit	4	4
[-] [-] [-] [-] guter Eindruck durch Bekannte/Familie	1	3
[-] [-] [-] [-] guter Eindruck durch Studium und Pr...	3	3
[-] [-] [-] [-] Sonstige	2	2
[+] [-] Zufriedenheit WB	37	27
[-] [-] Unterstützung		
[-] [-] [-] Bedarf	20	11
[-] [-] [-] kein Bedarf	4	4
[-] [-] Mentoringprogramm des WBK		
[-] [-] [-] Kennenlernen		1
[-] [-] [-] [-] Chef	3	4
[-] [-] [-] [-] Artikel Hessisches Ärzteblatt	2	2
[-] [-] [-] [-] Erster Seminartag	3	5
[-] [-] [-] [-] IfA Ffm/MR	1	2
[-] [-] [-] [-] HESA	8	
[-] [-] [-] [-] Homepage	1	2
[-] [-] [-] [-] Erster Gedanke zum Mentoring	14	12
[-] [-] [-] [-] Verknüpfung zum Seminarprogramm	2	1
[-] [-] Ideale Mentoring	1	
[-] [-] [-] Austausch	7	5
[-] [-] [-] Termin	12	10
[-] [-] [-] Ort	17	15
[-] [-] [-] Häufigkeit	16	11
[-] [-] [-] Themen	48	24
[-] [-] [-] Mentor	32	26
[-] [-] [-] Art des Mentoring		
[-] [-] [-] [-] Gruppe plus Einzel	7	4
[-] [-] [-] [-] Gruppe	14	11
[-] [-] [-] [-] Einzel	2	2

## k. Evaluationsbogen – Mentee



Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen



Liebe/r Mentee,

zur kontinuierlichen Verbesserung und Qualitätssicherung möchten wir mit Ihrer Hilfe das Mentoringprogramm des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin evaluieren und freuen uns über Ihre ehrlichen Angaben!

Vielen Dank!

Marischa Broermann

für das Team der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin

Zur Gewährung der Anonymität möchten wir Sie bitten, uns den unten aufgeführten Code anzugeben.

5-stelliger Code (bitte ausfüllen)

1. Dritter Buchstabe des Vornamens des Vaters
2. Vierter Buchstabe Ihres Geburtsortes
3. Zweiter Buchstabe des Geburtsnamens Ihrer Mutter
4. Vierter Buchstabe Ihres Vornamens (bzw. letzter)
5. Dritter Buchstabe des ersten Studienortes, an dem Sie Medizin studierten

--	--	--	--	--

Datum: \_\_\_\_\_

Mentoringgruppe: \_\_\_\_\_

Ich befinde mich zurzeit in der Klinik ☐ Praxis ☐

Ich wurde rechtzeitig über die Treffen der Mentoringgruppe informiert.	Trifft zu <input type="checkbox"/>		Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Der Treffpunkt ist für mich gut zu erreichen.	Trifft zu <input type="checkbox"/>		Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich halte die Räumlichkeiten, in denen das Treffen stattfand, für geeignet.	Trifft zu <input type="checkbox"/>		Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Der gewählte Wochentag ist...	Gut <input type="checkbox"/>		Lieber wäre mir: _____
Der gewählte zeitliche Rahmen ist...	Zu kurz <input type="checkbox"/>	Genau richtig <input type="checkbox"/>	Zu lang <input type="checkbox"/>
Ich wurde für die Teilnahme an der Mentoringgruppe problemlos von meinem/r Weiterbilder/in freigestellt.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>	war außerhalb der Arbeitszeit <input type="checkbox"/>
In der Gruppe herrschte eine positive Atmosphäre.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl von Gruppenzugehörigkeit.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Die Mentoren haben die Möglichkeit gegeben, sich in der Gruppe zu beteiligen.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>

Ich hatte das Gefühl, dass die Mentoren gut aufeinander abgestimmt waren.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>		
Die Interaktion der Mentoren mit der Gruppe war...	Zu viel <input type="checkbox"/>	Genau richtig <input type="checkbox"/>	Zu wenig <input type="checkbox"/>		
<u>Marischa Broermann</u> ist angemessen auf die Fragen und Kommentare der Teilnehmenden eingegangen.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>		
<u>Armin Wunder</u> ist angemessen auf die Fragen und Kommentare der Teilnehmenden eingegangen.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>		
Der Austausch mit anderen ÄiW war für mich sehr hilfreich.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>		
Die heute angesprochenen Themen waren für mich relevant.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>		
Beim nächsten Treffen könnte ich mir vorstellen, folgendes Thema zu besprechen:					
Ich würde die Teilnahme am Mentoring weiterempfehlen.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>		
Ich fühle mich insgesamt durch das Mentoring unterstützt.					
Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/>	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weniger zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>

Weitere Anregungen und Kommentare:

---



---



---



---



---

## 1. Evaluationsbogen – Mentor



Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen



Liebe Mentorin, lieber Mentor,

bitte füllen Sie diesen Evaluationsbogen nach jedem Treffen Ihrer Mentoringgruppe aus. Nur so können wir das Programm evaluieren und kontinuierlich den Bedürfnissen der Teilnehmenden anpassen.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Marischa Broermann

für das Team der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin

Mentor/in: \_\_\_\_\_ Mentoringgruppe: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Ort (Beschreibung der Räumlichkeiten): \_\_\_\_\_

Anzahl der Teilnehmenden (nur Mentees): \_\_\_\_\_

Von wie vielen Mentees wurden Sie seit dem letzten Treffen kontaktiert? \_\_\_\_\_

Wie häufig wurden Sie insgesamt zwischen den Treffen kontaktiert? \_\_\_\_\_

Zu welchen Themen wurden Sie seit dem letzten Treffen angesprochen?

---



---

Welche Themen wurden heute behandelt? \_\_\_\_\_

---



---

Welche Besonderheiten bot das heutige Treffen? \_\_\_\_\_

---



---

Nächster Termin am \_\_\_\_\_

Der gewählte zeitliche Rahmen ist...	Zu kurz <input type="checkbox"/>	Genau richtig <input type="checkbox"/>	Zu lang <input type="checkbox"/>
Ich halte die Räumlichkeiten, in denen das Treffen stattfand, für geeignet.	Trifft zu <input type="checkbox"/>		Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
In der Gruppe herrschte eine positive Atmosphäre.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich habe den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben, sich in der Gruppe zu beteiligen.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, dass wir als Dozenten gut aufeinander abgestimmt waren.	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Meine Interaktion mit der Gruppe war...	Zu viel <input type="checkbox"/>	Genau richtig <input type="checkbox"/>	Zu wenig <input type="checkbox"/>
Ich bin angemessen auf die Fragen und Kommentare der Teilnehmenden eingegangen	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Die heute angesprochenen Themen waren für die Teilnehmenden relevant	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft teilweise zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Beim nächsten Treffen könnte ich mir vorstellen, folgendes Thema zu besprechen:			

Ich habe das Gefühl, dass das Mentoring die ÄiW unterstützt.					
Trifft voll und ganz zu <input type="checkbox"/>	Trifft zu <input type="checkbox"/>	Trifft eher zu <input type="checkbox"/>	Trifft weniger zu <input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>	Trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>

## **m. Kategoriensystem, Interviews Zeitpunkt II**

### Persönliche Weiterbildung

- Verlauf (26)
- Facharztprüfung (4)
- Schwangerschaft/Elternzeit (5)
- Probleme (3)
- WBV (7)

### Zufriedenheit Weiterbildung (1)

- Zufriedenheit (31)
- Unzufriedenheit (30)

### Identifikation Allgemeinmedizin

- Stärke
  - Schwach (5)
  - Mittel (19)
  - Stark (7)
- Wie stärken? (8)
- Veränderungen im Laufe der Weiterbildung
  - Veränderung (12)
  - Keine/kaum Veränderung (6)
  - Gründe für Veränderung
    - Praxiserfahrung (13)
    - Mentoring/WBK (23)
    - Sonstige (1)

### Mentoring

- Erwartungen im Rückblick (1)
  - Keine Erwartungen (4)
  - erfüllte Erwartungen (39)
  - enttäuschte Erwartungen (4)
- Anzahl Teilnahme am Mentoringprogramm (22)
- Verbindung zum Seminarprogramm (20)
- Rahmenbedingungen (1)
  - Zeitabstände (21)
  - Dauer (22)

- Raum (22)
- Struktur (27)
- Thema (4)
  - Weitere Themen (23)
  - Eher unwichtig (9)
  - Relevant (28)
- Gruppe
  - Gruppenerleben (32)
    - Heterogenität/Homogenität (7)
    - Austausch (19)
    - Gruppengröße (2)
  - Sich selbst in der Gruppe (24)
  - Raum für Fragen (19)
- Mentor
  - Einschätzung der Mentoren (26)
  - Kompetenzen eines guten Mentors (22)
  - Kontaktieren (26)

#### Unterstützung durch Mentoring

- Unterstützend (22)
- Nicht unterstützend (1)
- Vorteile (21)
- Keine Vorteile (1)

#### Weitere Teilnahme

- Noch unschlüssig (2)
- Ja (2)
- Nein (17)

#### Wunsch für das kommende Jahr

- Fortbestehen (15)
- Ergänzen (26)
- Wegfallen (4)

#### Sonstiges (1)

- Kosten WBK (3)
- Lob/Dank (3)







## o. Kreuztabellen, Interviewzeitpunkt II

*Kreuztabelle Männer/Frauen II*

Codesystem		Frauen II	Männer II
[-] [-] Persönliche Weiterbildung II			
[-] [-] [-] Verlauf		17	9
[-] [-] [-] Facharztprüfung		3	1
[-] [-] [-] Elternzeit/Schwangerschaft		5	
[-] [-] [-] Probleme		2	1
[-] [-] [-] WBV		5	2
[-] [-] [-] Zufriedenheit WB II		1	
[-] [-] [-] Unzufriedenheit		21	10
[-] [-] [-] Zufriedenheit		20	10
[-] [-] Identifikation AM			
[-] [-] [-] Stärke			
[-] [-] [-] [-] schwach		3	2
[-] [-] [-] [-] mittel		8	2
[-] [-] [-] [-] stark		4	3
[-] [-] [-] Wie stärken?		5	3
[-] [-] [-] Veränderungen im Laufe der WB			
[-] [-] [-] [-] Veränderung		9	3
[-] [-] [-] [-] keine/kaum Veränderung		3	3
[-] [-] [-] Gründe für Veränderung			
[-] [-] [-] [-] Praxiserfahrung		9	4
[-] [-] [-] [-] Mentoring/WBK		16	7
[-] [-] [-] [-] Sonstige Gründe		1	
[-] [-] Mentoring			
[-] [-] [-] Erwartungen im Rückblick		1	
[-] [-] [-] [-] keine Erwartungen		3	1
[-] [-] [-] [-] erfüllte Erwartungen		20	10
[-] [-] [-] [-] enttäuschte Erwartungen		4	
[-] [-] [-] Anzahl Teilnahme		16	6
[-] [-] [-] Verbindung SP		14	6
[-] [-] [-] Rahmenbedingungen		1	
[-] [-] [-] [-] Zeitabstände		15	6
[-] [-] [-] [-] Dauer		16	6
[-] [-] [-] [-] Raum		16	6
[-] [-] [-] [-] Struktur		18	9
[-] [-] [-] Thema		2	3
[-] [-] [-] [-] weitere Themen		15	7
[-] [-] [-] [-] eher unwichtig		6	3
[-] [-] [-] [-] relevant		20	8
[-] [-] [-] Gruppe			
[-] [-] [-] [-] Gruppenerleben		24	8
[-] [-] [-] [-] [-] Heterogenität/Homogenität		4	3
[-] [-] [-] [-] [-] Austausch		11	8
[-] [-] [-] [-] [-] Gruppengröße		2	
[-] [-] [-] [-] [-] sich selbst in der Gruppe		16	8
[-] [-] [-] [-] [-] Raum für Fragen		13	6
[-] [-] [-] Mentor			
[-] [-] [-] [-] Einschätzung der Mentoren		20	6
[-] [-] [-] [-] Kompetenzen eines guten		15	7
[-] [-] [-] [-] Kontaktieren		17	9
[-] [-] Unterstützung durch Mentoring			
[-] [-] [-] nicht unterstützend		1	
[-] [-] [-] unterstützend		15	7
[-] [-] [-] Vorteile		13	8
[-] [-] [-] keine Vorteile		1	
[-] [-] weitere Teilnahme			
[-] [-] [-] noch unschlüssig		2	
[-] [-] [-] nein		2	
[-] [-] [-] ja		11	6
[-] [-] Wunsch für das kommende Jahr			1
[-] [-] [-] Fortbestehen		10	5
[-] [-] [-] Ergänzen		20	5
[-] [-] [-] Wegfallen		2	2
[-] [-] Sonstiges II		1	
[-] [-] [-] Kosten WBK		3	
[-] [-] [-] Lob/Dank		2	1

**Kreuztabelle Vergleich ÄiW Klinik/Praxis/ Fachärzte II**

Codesystem	Arbeitsplatz gek. = FA	Arbeitsplatz gek. = Klinik	Arbeitsplatz gek. = Praxis	SUM
<input type="checkbox"/> Persönliche Weiterbildung II				
<input type="checkbox"/> Verlauf	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Facharztprüfung	4			4
<input type="checkbox"/> Elternzeit/Schwangerschaft			5	5
<input type="checkbox"/> Probleme			3	3
<input type="checkbox"/> WBV	1	1	5	7
<input type="checkbox"/> Zufriedenheit WB II	1			1
<input type="checkbox"/> Unzufriedenheit	4	4	12	20
<input type="checkbox"/> Zufriedenheit	3	4	13	20
<input type="checkbox"/> Identifikation AM				
<input type="checkbox"/> Stärke				
<input type="checkbox"/> schwach		1	4	5
<input type="checkbox"/> mittel	4	2	4	10
<input type="checkbox"/> stark		1	5	6
<input type="checkbox"/> Wie stärken?	1	3	4	8
<input type="checkbox"/> Veränderungen im Laufe der WB				
<input type="checkbox"/> Veränderung	3	1	7	11
<input type="checkbox"/> keine/kaum Veränderung	1	2	2	5
<input type="checkbox"/> Gründe für Veränderung				
<input type="checkbox"/> Praxiserfahrung	2	1	9	12
<input type="checkbox"/> Mentoring/WBK	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe		1		1
<input type="checkbox"/> Mentoring				
<input type="checkbox"/> Erwartungen im Rückblick	1			1
<input type="checkbox"/> keine Erwartungen		2	2	4
<input type="checkbox"/> erfüllte Erwartungen	4	2	13	19
<input type="checkbox"/> enttäuschte Erwartungen		1	1	2
<input type="checkbox"/> Anzahl Teilnahme	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Verbindung SP	3	2	7	12
<input type="checkbox"/> Rahmenbedingungen			1	1
<input type="checkbox"/> Zeitabstände	3	4	13	20
<input type="checkbox"/> Dauer	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Raum	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Struktur	4	4	12	20
<input type="checkbox"/> Thema	1	1	2	4
<input type="checkbox"/> weitere Themen	3	4	9	16
<input type="checkbox"/> eher unwichtig	3	2	4	9
<input type="checkbox"/> relevant	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Gruppe				
<input type="checkbox"/> Gruppenerleben	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Heterogenität/Homogenität	1	2	3	6
<input type="checkbox"/> Austausch	2	3	7	12
<input type="checkbox"/> Gruppengröße	1	1		2
<input type="checkbox"/> sich selbst in der Gruppe	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Raum für Fragen	4	3	12	19
<input type="checkbox"/> Mentor				
<input type="checkbox"/> Einschätzung der Mentoren	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Kompetenzen eines guten	4	4	13	21
<input type="checkbox"/> Kontaktieren	4	3	11	18
<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Mentoring				
<input type="checkbox"/> nicht unterstützend		1		1
<input type="checkbox"/> unterstützend	4	3	13	20
<input type="checkbox"/> Vorteile	4	4	11	19
<input type="checkbox"/> keine Vorteile			1	1
<input type="checkbox"/> weitere Teilnahme				
<input type="checkbox"/> noch unschlüssig	1		1	2
<input type="checkbox"/> nein		1	1	2
<input type="checkbox"/> ja	3	3	11	17
<input type="checkbox"/> Wunsch für das kommende Jahr			1	1
<input type="checkbox"/> Fortbestehen	2	1	8	11
<input type="checkbox"/> Ergänzen	4	2	13	19
<input type="checkbox"/> Wegfallen	2	2		4
<input type="checkbox"/> Sonstiges II			1	1
<input type="checkbox"/> Kosten WBK			3	3
<input type="checkbox"/> Lob/Dank	1		2	3
<b>Σ</b> SUM	119	112	366	597
<b>#</b> N (Dokumente)	4	4	13	

**Kreuztabelle Gruppe Marburg/Gruppe Frankfurt**

Codesystem		MR II	Ffm II
[-] [-] Persönliche Weiterbildung II			
[-] [-] Verlauf		11	15
[-] [-] Facharztprüfung		2	2
[-] [-] Elternzeit/Schwangerschaft		2	3
[-] [-] Probleme		2	1
[-] [-] WBV		4	3
[-] [-] Zufriedenheit WB II		1	
[-] [-] Unzufriedenheit		18	13
[-] [-] Zufriedenheit		16	14
[-] [-] Identifikation AM			
[-] [-] Stärke			
[-] [-] schwach		1	4
[-] [-] mittel		7	3
[-] [-] stark		2	5
[-] [-] Wie stärken?		5	3
[-] [-] Veränderungen im Laufe der WB			
[-] [-] Veränderung		5	7
[-] [-] keine/kaum Veränderung		4	2
[-] [-] Gründe für Veränderung			
[-] [-] Praxiserfahrung		7	6
[-] [-] Mentoring/WBK		11	12
[-] [-] Sonstige Gründe		1	
[-] [-] Mentoring			
[-] [-] Erwartungen im Rückblick		1	
[-] [-] keine Erwartungen		1	3
[-] [-] erfüllte Erwartungen		15	15
[-] [-] enttäuschte Erwartungen			4
[-] [-] Anzahl Teilnahme		10	12
[-] [-] Verbindung SP		7	13
[-] [-] Rahmenbedingungen			1
[-] [-] Zeitabstände		9	12
[-] [-] Dauer		10	12
[-] [-] Raum		10	12
[-] [-] Struktur		14	13
[-] [-] Thema		2	3
[-] [-] weitere Themen		11	11
[-] [-] eher unwichtig		6	3
[-] [-] relevant		11	17
[-] [-] Gruppe			
[-] [-] Gruppenerleben		14	18
[-] [-] Heterogenität/Homogenität		4	3
[-] [-] Austausch		14	5
[-] [-] Gruppengröße		2	
[-] [-] sich selbst in der Gruppe		12	12
[-] [-] Raum für Fragen		9	10
[-] [-] Mentor			
[-] [-] Einschätzung der Mentoren		12	14
[-] [-] Kompetenzen eines guten		10	12
[-] [-] Kontaktieren		12	14
[-] [-] Unterstützung durch Mentoring			
[-] [-] nicht unterstützend			1
[-] [-] unterstützend		11	11
[-] [-] Vorteile		10	11
[-] [-] keine Vorteile		1	
[-] [-] weitere Teilnahme			
[-] [-] noch unschlüssig			2
[-] [-] nein			2
[-] [-] ja		10	7
[-] [-] Wunsch für das kommende Jahr		1	
[-] [-] Fortbestehen		12	3
[-] [-] Ergänzen		11	14
[-] [-] Wegfallen		1	3
[-] [-] Sonstiges II			1
[-] [-] Kosten WBK			3
[-] [-] Lob/Dank		3	

## p. Typenbildung: Fallbeispiel und Sortierung der Fälle

### *Beispiel: Fallzusammenfassung N04*

Interview I: Hat Bedarf, vor allem in Bezug auf fachlichen Austausch und Fortbildungen unzufrieden, da Personalmangel in der Klink, viel Stress;

ein Jahr später gleiche Klinik, immer noch unzufrieden wegen hoher Arbeitsbelastung, fühlt sich „verheizt“ und erlebt kein Teamgefühl mit den Kollegen, aber zufrieden mit der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und hat gelernt belastbar zu sein

Interview II: Entscheidung für Allgemeinmedizin ab Schulzeit, es war immer klar, dass sie Allgemeinmedizinerin werden will, wegen der Patientenbeziehung („gelebte Anamnese“); mittlere Identifikation mit der Allgemeinmedizin, da noch in der Klinik und keine Fachärztin, vor allem Praxisabläufe sind noch unvertraut (Bürokratie);

Mentoring hat Entscheidung für Allgemeinmedizin bestätigt;

Mentoring hat sie sehr unterstützt, vor allem als große Stütze in sehr belastenden Zeiten und Vorteil, dass man ein Netzwerk hat und sich austauschen kann (Infos): Profitiert sehr stark

WIR-orientiert



Abbildung 49: Typenbildung im Prozess

## Urheberschaftserklärung

Ich versichere, dass ich die vorgelegte Dissertation selbst und ohne fremde Hilfe verfasst, nicht andere als die in ihr angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, alle vollständig oder sinngemäß übernommenen Zitate als solche gekennzeichnet sowie die Dissertation in der vorliegenden oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen in- oder ausländischen Hochschule anlässlich eines Promotionsgesuchs oder zu anderen Prüfungszwecken eingereicht habe.

Darmstadt, den 16.01.2017

---

Marischa Broermann